FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1965

N° 475

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Madame TRÉBOUTA

née Lise, Germaine, Jacqueline, BESANÇON, le 24 avril 1935

Présentée et soutenue publiquement le

LE MALADE CHRONIQUE

Enquête clinique et sociale dans la région Parisienne

Président : M. Henri PÉQUIGNOT, Professeur

L'EXPANSION
Éditeur
PARIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545808_0054

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1965 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Madame TRÉBOUTA

née Lise, Germaine, Jacqueline, BESANÇON, le 24 avril 1935

Présentée et soutenue publiquement le ·

LE MALADE CHRONIQUE

Enquête clinique et sociale dans la région Parisienne

Président : M. Henri PÉQUIGNOT, Professeur

L'EXPANSION
Éditeur
PARIS

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

TABLEAU DU PERSONNEL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN ..... Gaston CORDIER

1er ASSESSEUR ..... Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR ..... Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) BARGETON (D.)

MM.

Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (C.

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) **Professeurs titulaires :**

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
		ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
		GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)		DEGOS (R.)
Cliniques des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut	MILLIEZ (P.)
	Broussais	LENÈGRE (J.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÉZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES-AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.)
	COUINAUD (C.)
	GILLOT (C.)
	OLIVIER (G.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS pr. s. ch.
	ABELANET (R.)
	CHOMETTE (G.)
	GOUYGOU (Ch.) m. conf.
	NEZELOFF (Ch.)
	ORCEL (L.)
	PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.)
	VOURC'H (G.)

	MM.
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch.
	CHRISTOL (D.)
	LE MINOR (L.)
	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU (Et.) m. conf.
	BOURILLON (R.)
	CARTIER (P.)
	DREYFUS (J.-Cl.)
	GONNARD (P.)
	KRUH (J.)
	JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)

	MM.
Carcinologie	BOIRON (M.)
	DENOIX (P.)
	MATHE (G.)
	SELIGMANN (M.)
Dermato - Syphiligraphie	CIVATTE (J.)
	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.)
	BILSKI-PASQUIER (G.)
	DAUSSET (J.)
	DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch.
	MAROIS (M.)
	RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.)
	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch.
	BLANCHER (G.)
	CORRE-HURST (Mme L.)
	SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) pr. s. ch.
	DUPONT (V.)
	FOURNIER (E.)
Médecine légale	GUENIOT (M.)
	HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neurologie	LAPRESLE (J.)
Obstétrique	GRANJON (A.)
	HERVET (E.)
	LE LORIER (G.)
	LEVY (J.)
	MORIN (P.)
	MUSSET (R.)
	ROBEY (M.)
	SENEZE (J.)
	SUREAU (C.)
	THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BREGEAT (P.)
	DUBOIS (A.)
	SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.)
	MEARY (R.)
	POSTEL (M.)
	RAMADIER (J.)
Oto - Rhino - Laryngologie	DEBAIN (J.)
	PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.)
	LAPIERRE (J.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.)
	BINET (J.-P.)
	CERBONNET (G.)
	CHATELIN (C.-L.)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GARBAY (M.)
	GARNIER (H.)
	GAUDART d'ALLAINES (Cl. de)
	GERMAIN (A.)
	LATASTE (J.)
	LOYGUE (J.)
	MERCADIER (M.)
	NATALI (J.)
	PELLERIN (D.)
	PERROTIN (J.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
	BENHAMOU (J.-P.)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.)
	BOIVIN (P.)
	CROSNIER (J.)
	HARTMANN (L.)
	LŒPER (J.) pr. s. ch.
	MAURICE (J.)
	MIKOL (Cl.)
	RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRICAIRE (H.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	CATINAT (J.)
	CHRETIEN (J.)
	COBLENTZ (B.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	ETIENNE (J.-P.)
	FREZAL (J.)
	FRITEL (D.)
	HENNEQUET (A.)
	HIMBERT (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAROCHE (Cl.)
	LESOBRE (R.)
	LEVEQUE (B.)
	MACREZ (C.)
	MOREAU (L.)
	NICK (J.)
	ROYER (P.)
	TOURNEUR (R.)
	WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie - Puériculture	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch. DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.) m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.) m. conf.

	MM.
Pneumophtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr.
Thérapeutique	GRELLET (M.) CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Maître et Président de Thèse,
Monsieur le Professeur HENRI PEQUIGNOT,
Médecin-Chef de l'Hôpital Broussais,

Qui a bien voulu m'inspirer le sujet de cette Thèse, entièrement réalisée d'après ses travaux et ses enquêtes cliniques et sociales.

Nous l'assurons de notre profonde gratitude.

A mon père le Professeur L. JUSTIN-BESANÇON,

A Madame le Docteur MARIE-CHRISTINE MORINEAU, née LEHARLE,

C'est à sa collaboration avec le Professeur Henri PÉQUIGNOT *et à son travail d'enquête personnelle qu'elle nous a autorisé à publier dans cette Thèse, que nous devons l'essentiel de ce travail,*

Nous l'assurons de notre profonde reconnaissance.

A mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Paris.

Meis et Amicis.

LE MALADE CHRONIQUE

Enquête clinique et sociale dans la région parisienne

INTRODUCTION

L'enquête clinique et sociale menée par le Docteur Marie-Christine LEHARLE, sous la direction du Professeur Henri PÉQUIGNOT, dans les hôpitaux de la région parisienne, et dont on trouvera le détail dans cette thèse, s'inscrit dans l'étude d'ensemble du problème des malades chroniques.

Une communication du Professeur Henri PÉQUIGNOT à l'Académie de Médecine, le 22 décembre 1964, suivie d'une deuxième note en date du 16 mars 1965, a ouvert un vaste débat que l'Académie a suivi avec un très vif intérêt.

A la suite de cette communication, le débat auquel ont pris part de nombreux Académiciens : le Docteur Xavier LECLAINCHE, MM. les Professeurs René MOREAU, Etienne CHABROL, Etienne BERNARD, JUSTIN-BESANÇON, M. le Docteur François FRANÇON, a été ouvert par une note de M. Pierre DAMELON, Directeur Général de l'Assistance Publique, qui a estimé, lui aussi, que les services de pur hébergement ne répondent pas aux besoins des chroniques et qui a exposé la situation actuelle de son Administration dans ce domaine.

Comme l'a si bien exprimé le Professeur Henri PÉQUIGNOT en ouvrant ce débat, qui aura de profondes répercussions dans l'opinion publique, l'homme atteint d'une maladie d'évolution chronique — celui qu'on appelle elliptiquement : un chronique — neuf fois sur dix sujet âgé, est de nos jours l'objet principal de la médecine, qu'il s'agisse de la clientèle privée de l'omnipraticien ou de la plupart des spécialistes (en dehors du pédiatre et de l'accoucheur), de celle des services hospitaliers généraux ou spécialisés, des services médico-sociaux, c'est-à-dire, en pratique, de presque tous les services sociaux,

dans les pays de niveau de vie occidental. Il est donc indispensable que le chronique devienne le centre d'intérêt de la science médicale et médico-sociale qu'on ne saurait dissocier.

L'évolution récente du problème des chroniques :

Dans ses deux notes récentes à l'Académie de Médecine (22 décembre 1964 et 16 mars 1965), le Professeur H. Péquignot a tenté d'analyser l'évolution actuelle du problème des chroniques.

L'explication de cette évolution a été clairement classée en 5 thèmes explicatifs par le Professeur H. Péquignot :

« A. — *Les progrès thérapeutiques préventifs ou curatifs, l'amélioration générale du niveau de vie et des conditions d'hygiène* ont fait disparaître certaines maladies (paludisme, variole, diphtérie), ont au moins écourté l'évolution ou font disparaître la gravité d'autres (gonococcie, typhoïde, pneumonie microbienne).

B. — Le même progrès a empêché la mort de malades qui restent des chroniques handicapés (insuffisance respiratoire post-tuberculeuse, paralysies respiratoires poliomyélitiques). En fait, le progrès thérapeutique a surtout fabriqué des chroniques par un autre mécanisme. *L'augmentation régulière du nombre des sujets des classes d'âge les plus élevées* et la survie prolongée d'affections graves. Il s'agit quoi qu'on en ait dit d'une conséquence heureuse.

C. — *Le progrès des explorations cliniques et paracliniques* a augmenté plus considérablement encore — en apparence bien sûr, mais cela revient au même pour l'opinion publique et même la conscience médicale — *le nombre des sujets que l'on sait porteurs d'une affection chronique, et la durée durant laquelle chaque affection est observée et traitée.* Le manomètre, l'électrocardiographe, les rayons X ont ainsi contraint de prendre conscience de la fréquence de l'hypertension, de l'athérosclérose coronarienne, de la longue durée des tuberculoses latentes.

D. — *L'efficacité du traitement prolongé des maladies chroniques* mérite de nous retenir plus longtemps. Il n'est pas paradoxal de dire qu'une infirmité ou une incapacité n'entre vraiment dans la conscience médicale et sociale que le jour où elle peut être traitée. Bien que le terme chronique ne signifie que « de longue durée », il a été très tôt synonyme d'abandon thérapeutique. On trouve dans l'Ecclésiastique (1.10-6) ce verset : « Une longue maladie se moque du médecin ». Le texte original est sûrement suffisamment ambigu pour que toutes les éditions proposent aussi cette autre traduction : « une longue maladie, le médecin en rit ». Or, les grands progrès thérapeutiques de ces dernières années se sont aussi bien appliqués aux affections chroniques qu'aux maladies de courte durée : les cortisoniques dans les rhumatismes inflammatoires, les anticoagulants dans les thromboses récidivantes, les suppléances endocriniennes dont l'extrait thyroïdien et l'insuline ont ouvert la liste. Cette efficacité est d'autant plus remarquable que c'est souvent avec retard et réticence que ces traitements ont été appliqués de façon prolongée. Les neuroleptiques ont guéri des psychoses aiguës avant qu'on les utilise pour resocialiser des psychoses chroniques, l'antibiothérapie de la tuberculose a commencé par des cures de 15 jours, l'antibiothérapie prolongée et continue des affections bronchiques et urinaires est encore discutée. Les thérapeutiques les plus extrêmes, telles la stimulation cardiaque électrique ou l'épuration extra-rénale, s'étendent de même du domaine de l'urgence momentanée à celui des traitements au long cours. Il serait facile de décrire une évolution parallèle des thérapeutiques chirurgicales dont le centre d'intérêt est visiblement passé en un demi-siècle du diagnostic urgent à la correction méthodique, à l' « orthopédie » si l'on pouvait étendre le sens original de ce terme à la pathologie viscérale et à celle de l'adulte.

E. — *La raison essentielle nous paraît pourtant la dernière, elle est d'ordre nosologique.* On pourrait presque symboliquement dresser, comme un tableau à double entrée, la liste des diagnostics ou des titres de chapitre d'un livre de pathologie il y a un siècle et aujourd'hui : on trouverait d'un côté angine de poitrine, névralgie sciatique, névralgie dentaire, colique hépatique ou néphrétique, pleurésie a frigore, hémoptysie, hématémèse, épilepsie, tentative de suicide, gastralgie... Nous pensons

athérosclérose coronarienne, discarthroses lombo-sacrées, carie dentaire, lithiase biliaire ou rénale, tuberculose ou cancer bronchique, hypertension portale ou ulcération gastro-duodénale, lésions cérébrales locales, névrose, maladie ulcéreuse. Certains de ces exemples témoignent de la mise en évidence d'un état permanent évolutif ou non derrière une série d'accidents identiques (exemple : l'épilepsie) ou disparates (exemple : pleurésies, hémoptysies). Dans d'autres cas, le transfert d'un état aigu à la pathologie chronique témoigne d'une meilleure connaissance des stades initiaux de la maladie et d'une appréciation plus juste de sa durée réelle (exemple : l'ictus et l'athérosclérose carotidienne ou vertébro-basilaire — la mise en évidence de cancers *in situ* des années avant l'apparition des signes cliniques abusivement décrits comme signes de début).

En fait, les données que nous venons d'analyser sont bien connues de tous les praticiens et presque sans y penser dans chaque examen médical, le médecin d'aujourd'hui devant un épisode aigu recherche une affection permanente qui peut être sa cause ou tout au moins que cette affection (peut-être intercurrente) est une occasion de dépister. Des malaises banaux, des affections saisonnières sont certainement l'occasion la plus fréquente du diagnostic d'affections chroniques latentes.

Pourtant, nous ne sommes pas sûrs que la pensée médicale ait parfaitement intégré ce changement d'optique. Comme il arrive souvent alors que le comportement individuel du praticien vis-à-vis de son malade est correct, l'élaboration théorique de son expérience n'est pas faite et ceci a les plus fâcheuses conséquences à partir du moment où cette élaboration théorique conduit à des structures administratives et à des organisations hospitalières qui reflètent une élaboration doctrinale périmée ».

On trouvera, dans les dernières pages de la présente thèse, les déductions que le P^r^ Henri PÉQUIGNOT a tirées de cette analyse et qui ont fait l'objet de sa deuxième Note à l'Académie de Médecine.

Au nom de l'Assistance Publique de Paris, son Directeur Général, Monsieur Pierre DAMELON, n'a pas manqué de souligner combien ces conclusions lui paraissaient intéressantes :

« La communication du Pr PÉQUIGNOT, a-t-il dit devant l'Académie de Médecine, représente certainement l'une des analyses médicales les plus poussées qui aient été faites du problème des malades chroniques.

Si nous considérons l'armement hospitalier de notre pays, de quels établissements disposent les administrations à qui incombent les soins aux malades ?

Une première catégorie groupe les centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers régionaux et les établissements considérés comme les satellites des premiers.

Dans un deuxième groupe, nous trouvons les hôpitaux de deuxième catégorie et les hôpitaux ruraux.

On peut enfin réunir en une troisième classe d'établissements les foyers, maisons de retraite et hospices.

Les hôpitaux dits « de chroniques » devraient, à notre avis, être considérés comme appartenant au deuxième groupe. Leur organisation actuelle n'est pas incompatible avec la satisfaction des besoins variés de nos malades, tels qu'ils ont été justement définis par le Pr PÉQUIGNOT.

En effet, on ne se contente pas, dans ces hôpitaux, d'un simple hébergement des malades. Dans l'ensemble des établissements que l'administration de l'Assistance Publique édifie actuellement et qui comprendront au total 2.800 lits, le souci d'un confort hôtelier raisonnable va de pair avec la création dans chaque maison d'un centre médical bien équipé, assorti de moyens puissants de réadaptation.

Le malade qui, au bout d'un certain temps, a recouvré, sinon sa santé, du moins son autonomie de vie, regagne son domicile.

Le malade qui ne peut retrouver son autonomie fonctionnelle et qui, souvent grabataire définitif, n'a pas la possibilité, pour des raisons financières et sociales, de vivre dans un domicile, est actuellement accueilli dans les établissements de long séjour, communément nommés « hospices ». Il est incontestable que leur sort pose un problème et que notre Administration, dès qu'elle aura assuré l'avenir des établissements des premier et deuxième groupes que nous avons définis, devra envisager l'amélioration des hospices et le perfectionnement de leur service médical.

De toute manière, et dès maintenant, il n'est pas question d'isoler définitivement le malade à l'hôpital de chroniques ou à l'hospice, car tout incident aigu dans la maladie, de même que toute maladie nouvelle, doit ramener le malade à l'hôpital. »

A la suite de l'exposé de M. Pierre DAMELON, une fort intéressante intervention du Dr Xavier LECLAINCHE, qui pendant de longues années a présidé aux destinées de l'Assistance Publique de Paris et qui actuellement fait entendre au Conseil d'Etat et à l'Académie de Médecine les réflexions de sa longue et pertinente expérience, a exposé son point de vue sur cette importante question.

Nous nous excusons de ne pouvoir reproduire dans cette thèse sa note et les interventions des Professeurs René MOREAU, Etienne CHABROL, Etienne BERNARD et François FRANÇON.

Ce dernier, en particulier, a souligné l'intérêt de l'hébergement sanitaire des malades chroniques valides dans les hôtels des stations thermales et climatiques françaises.

Une commission désignée par l'Académie se penche à l'heure actuelle sur le détail de tous les problèmes que nous avons exposés ici.

Il n'est pas douteux que le débat ouvert par les travaux du Professeur Henri PÉQUIGNOT occupera longtemps l'attention et les efforts de tous les organismes de Santé Publique et de Sécurité Sociale.

UNE ENQUETE CLINIQUE ET SOCIALE SUR LES CHRONIQUES

A l'appui des thèses précédemment exposées, il convient d'apporter les résultats détaillés de l'enquête que le Docteur Marie-Christine Leharle a menée sur les chroniques de quelques hôpitaux de la région parisienne.

I. — CADRE DE L'ENQUETE

Cette enquête a porté sur 251 malades, dont :

— 181 dans des services de médecine générale ;

— 70 dans un service de chroniques ;

choisis parmi les services des hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris.

Afin d'éliminer un facteur d'erreur dû à la personnalité propre des chefs de services, les salles de malades où s'est déroulée l'enquête ont été choisies parmi celles de plusieurs services.

L'enquête a donc eu lieu :

1°) *A l'Hôpital Cochin,* dans le service du Professeur JUSTIN-BESANÇON.

2 salles, 1 de 39 malades hommes (salle Dieulafoy) ;
1 de 34 malades femmes (salle Dreyfus) ;
dont s'occupe le Professeur PÉQUIGNOT.

2 salles, 1 de 19 malades hommes (salle Brouardel) ;
1 de 35 malades femmes (salle Potocki) ;
placées sous la surveillance médicale du Professeur CORNET.

Il faut noter qu'à la salle Potocki, qui est située loin du service, dans les bâtiments de la maternité Port-Royal, sont plutôt envoyées les malades âgées, qui en urgence ou à la consultation de porte ont été considérées comme rentrées pour raisons sociales, attentes de placement, misère physiologique, etc. La salle Potocki est donc déjà presque un pré-service de chroniques.

Nous avons bénéficié dans ce service d'une excellente collaboration de tout le personnel hospitalier.

2°) *A l'Hôpital-hospice de Bicêtre* dans le service du Professeur DEPARIS, l'enquête a porté sur :

— 28 malades hommes (salle Bichat) et

— 18 malades femmes (salle Laënnec).

Aux malades de ces deux salles ont été rajoutés 4 malades hommes et 4 malades femmes d'un autre étage pour lesquels un placement avait été demandé, les salles Bichat et Laënnec n'en comportant aucun ; en effet, au point de vue hôtelier, ce sont les mieux installées de l'hôpital et la clientèle en est peut-être légèrement plus « relevée » que celle des salles situées sous les combles.

En raison de l'absence du Professeur DEPARIS et de la plupart de ses assistants, les diagnostics ont été en grande partie recueillis sur les dossiers et avec l'aide de l'interne et des externes.

L'assistante sociale débordée n'a pu être d'aucun secours et les renseignements sur les placements ont tous été fournis, peut-être incomplètement, par la surveillante générale du service.

3°) *Enfin c'est à l'Hôpital Albert-Chenevier de Créteil,* hôpital de chroniques dépendant de l'Assistance Publique qu'ont été interrogés les 70 malades chroniques : 36 femmes (salle Rist) et 34 hommes (salle Hartmann) traités dans le service du Docteur André BOURGUIGNON.

Contrairement à ce qui s'était passé à Bicêtre, nous avons obtenu ici une excellente collaboration de la part du chef de service, des infirmières et surtout de l'assistante sociale.

L'enquête a été dans ce service particulièrement longue. En effet les malades souvent là depuis près de 4 ans, avec fort peu ou pas de distractions, étaient enchantés de la diversion fournie par l'interrogatoire et se sont longuement épanchés. Comme il est psychologiquement impossible de ne pas écouter des malades auxquels on est venu demander des questions aussi personnelles, j'ai entendu pendant de longues heures les vies entières de ces malades, souvent tragiques, tendant toutes vers cette déchéance progressive qui les a menés dans ce semi-hospice. Ceci a été particulièrement vrai chez les hommes.

Dans la salle des malades femmes l'enquête s'est déroulée d'une manière très curieuse, et une certaine hostilité de la part des malades s'est manifestée, progressivement croissante avec le temps. Par la surveillante j'appris bientôt que la raison en était qu'une malade dite « bien informée » avait vite répandu le bruit dans l'hôpital que l'Assistance publique venait d'ouvrir un hôpital de chroniques à Mers (j'ignore si ce fait est exact) et que l'enquête en cours était destinée à faire le tri des malades à envoyer là-bas. Ces malades, qui d'après le personnel se plaignent souvent de l'ennui, de la nourriture et du manque de visites, se sont affolées à l'idée d'être envoyées encore plus loin, c'est-à-dire, de voir diminuer le lien ténu qui les rattache à la société, lien qui se fait par le biais de la famile ou des amis qui, même lorsqu'ils ne peuvent venir que rarement, apportent aux malades une bouffée de vie, qui leur permettra d'alimenter la leur pendant parfois plusieurs semaines. Un démenti formel de cette activité auprès des malades n'a servi qu'à renforcer leur méfiance, ce qu'elles prenaient pour de la dissimulation leur paraissant encore plus inquiétant, Aussi les réponses sur l'environnement familial, le nombre de visites est-il sûrement parmi ces malades empreint d'une certaine exagération, le « oui », j'ai une tante ou une cousine qui vient toutes les 3 semaines, pouvant aussi bien être en réalité une amie qui est venue une fois depuis leur hospitalisation... mais qui reviendra peut-être un jour.

Ce petit à-côté de l'enquête montre à quel point la notion d'éloignement du lieu où ils ont passé la plus grande partie de leur vie est psychologiquement importante chez ces malades, vieillards ou infirmes, même parmi ceux qui n'ont plus aucune famille.

I. — AGE ET SEXE DES MALADES

A. - **Hommes**	Médecine générale		Chroniques	
	Nombre de malades	%	Nombre de malades	%
— de 20 ans	1	1,1	1	2,9
20 à 29 ans	8	8,9		
30 à 39 ans	7	7,8	1	2,9
40 à 49 ans	15	16,6	5	14,7
50 à 59 ans	18	20,0	2	5,9
60 à 69 ans	17	18,9	14	41,1
70 à 79 ans	14	15,6	7	20,6
80 à 89 ans	10	11,1	3	8,8
+ de 90 ans			1	2,9
TOTAL	90	100,0	34	100,0
MOYENNE ...	57,0 ans		63,7 ans	
Malades de plus de 60 ans	41 soit	45,6 %	25 soit	73,5 %

B. - **Femmes**	Médecine générale		Chroniques	
	Nombre de malades	%	Nombre de malades	%
— de 20 ans	3	3,3		
20 à 29 ans	2	2,2		
30 à 39 ans	4	4,4	1	2,8
40 à 49 ans	9	9,9	2	5,6
50 à 59 ans	9	9,9	3	8,3
60 à 69 ans	12	13,2	10	27,8
70 à 79 ans	35	38,5	16	44,4
80 à 89 ans	15	16,4	4	11,1
+ de 90 ans	2	2,2		
TOTAL	91	100,0	36	100,0
MOYENNE ...	66,1 ans		68,9 ans	
Malades de plus de 60 ans	64 soit	70,3 %	30 soit	83,3 %

2. — SITUATION MATRIMONIALE.

A. **Hommes**	Médecine générale		Chroniques	
	Nombre de malades	%	Nombre de malades	%
Célibataires	21	23,3	6	18,7
Veufs	10	11,1	7	21,9
Séparés	5	5,6	4	12,5
Divorcés	9	10,0	3	9,4
Mariés	42	46,7	7	21,9
Vivant maritalement	3	3,3	5	15,6
Non déterminée ..			2	
Total	90	100,0	34	100,0
				sur 32

B. **Femmes**	Médecine générale		Chroniques	
	Nombre de malades	%	Nombre de malades	%
Célibataires	17	18,7	9	25,7
Veuves	43	47,2	18	51,5
Séparées	3	3,3	1	2,8
Divorcées	7	7,7	3	8,6
Mariées	17	18,7	3	8,6
Vivant maritalement	4	4,4	1	2,8
Indéterminée			1	
Total	91	100,0	36	100,0 sur 35

3. — HABITAT.

a) **Avec qui :**

A. **Hommes**	Médecine générale		Chroniques	
	Nombre de malades	%	Nombre de malades	%
Seuls	30	33,3	10	32,3
Avec famille	52	57,8	18	58,1
Avec amis			1	3,2
Communauté	8	8,9	2	6,4
Indéterminé			3	
Total	90	100,0	34	100,0 sur 31

B. **Femmes**	Médecine générale		Chroniques	
	Nombre de malades	%	Nombre de malades	%
Seules	46	51,1	19	55,9
Avec famille	39	43,4	13	38,2
Avec amis	2	2,2		
Communauté	3	3,3	2	5,9
Indéterminé	1		2	
Total	91	100,0	36	100,0 sur 34

b) **Type d'habitat**	Hommes		Femmes	
	Aigus	Chroniques	Aigus	Chroniques
Propriété	5		16	6
Appartement loué	45	19	58	15
Chambre meublée	4	5	1	7
Hôtel	11	1	5	
Loge de concierge	3	1	3	2
Logement de fonction	2			1
Foyer	4			
Hôpital	1	1		1
Hospice - Maison de retraite	6		1	
Couvent - Maison de religieuses .		1	2	1
S.D.F.	9		1	
Indéterminé		6	4	3
Total	90	34	91	36

c) **Logement à la sortie**	Hommes				Femmes			
	Aigus		Chroniques		Aigus		Chroniques	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Logement conservé	71	78,9	12	42,9	75	83,3	22	66,7
Pas de logement à la sortie	19	21,1	16	57,1	15	16,7	11	33,3
Total	90	100,0	28	100,0	90	100,0	33	100,0

4. — ACTIVITE.

	Hommes				Femmes			
	Médecine générale		Chroniques		Médecine générale		Chroniques	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Actifs ..	47	52,2	2	5,9	20	22,0		0,0
Non act.	42	46,6	29	85,3	71	78,0	34	94,4
Indéterminés .	1	1,2	3	8,8			2	5,6
Total ..	90	100,0	34	100,0	91	100,0	36	100,0

b) **Raison de l'inactivité.**	Hommes		Femmes	
	Médecine générale	Chroniques	Médecine générale	Chroniques
Inactifs depuis un certain temps :				
Maladie	1		1	
L. M.	8	5	3	3
Invalidité	6	6	7	5
Retraite	26	17	44	23
Chômage	1			
Ont toujours été inactifs :				
Ménagère			15	2
Infirmité		1	1	1
Total	42	29	71	34

Le pourcentage de retraités parmi ces malades atteint :

chez les hommes : 27,8 % des malades de médecine générale ; 50 % des malades du service de chroniques.

chez les femmes : 48,4 % des malades de médecine générale ; 63,9 % des malades du service de chroniques.

5. — CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE.

A. — Femmes.

Dans l'ensemble ces malades appartiennent à des catégories sociales très basses.

a) *Services de médecine générale.*

Parmi les malades des services de médecine générale on peut relever :

21 femme de ménage, bonnes à tout faire, cuisinière, plongeuse, femme de chambre,
13 blanchisseuse, raccommodeuse, tricoteuse chez elles ou chez des particuliers,
9 concierges,
5 ouvrières spécialisées,
6 manœuvres manutentionnaires,

3 employées de bureau,
2 vendeuse,
2 sténo-dactylos,
2 couturières brodeuses,
2 infirmières,
1 cultivatrice,
1 ouvrière agricole,
1 gouvernante,
1 foraine,
1 commerçante,
1 représentante,
1 laborantine,
1 professeur, et
1 péripatéticienne,

soit sur 74 malades exerçant ou ayant exercé une activité

44 gens de service, soit 59,4 %,
13 ouvrières, soit 17,6 %,
8 employées, cadres moyens, soit 10,8 %,
3 commerçantes, soit 4,1 %,
1 cultivatrice,
1 ouvrière agricole,
1 cadre supérieur, et
1 divers.

Les cadres ci-dessus répondent aux catégories socio-professionnelles définies par l'I.N.S.E.E.

b) *Service de chroniques.*

On retrouve ici :

15 femmes de ménage, gens de maison,
3 raccommodeuses, lingères, etc.,
2 concierges,
2 manœuvres manutentionnaires,
2 vendeuses,
2 dactylos,
1 comptable,
1 employée de bureau,
1 représentante,
1 foraine,
1 infirmière, et
1 chef de service du ministère du travail,

soit sur 32 malades ayant exercé une profession :

20 gens de service, soit 62,5 %,
2 ouvrières, soit 6,3 %,
7 employées, cadres moyens, soit 21,9 %,
2 commerçantes, soit 6,3 %, et
1 cadre supérieur.

B. — Hommes.

a) *Services de médecine générale.*

On retrouve ici :

25 ouvriers spécialisés,
22 manœuvres manutentionnaires,
7 employés de bureau,
5 petits commerçants,
4 ouvriers agricoles, jardiniers,
3 plongeur, cuisiniers,
3 gardiens veilleurs de nuits,
4 chauffeurs à la R.A.T.P. et 2 chauffeurs livreurs,
2 vendeurs,
1 photograveur,
1 dessinateur d'art graphique,
1 artiste peintre graveur,
1 infirmier,
1 officier P.J.,
2 chefs de travaux, contremaîtres,
1 imprimeur, et
3 hommes faisant les « corvées, »

soit sur 86 malades exerçant ou ayant exercé une profession :

49 ouvriers, soit 57 %,
15 employés, soit 17,4 %,
7 patrons de l'industrie et du commerce, soit 8,1 %,
6 gens de service, soit 7 %,
4 ouvriers agricoles, soit 4,6 %,
1 cadre supérieur, soit 1,3 %, et
4 divers, soit 4,6 %.

b) *Service de chroniques.*

Les professions exercées par les malades hospitalisés dans ce service ne sont, ainsi que pour les femmes, pas la profession actuelle puisque la plupart ont arrêté leur

travail depuis de longues années, mais la dernière profession exercée.

On retrouve :

11 ouvriers spécialisés,
3 manœuvres,
7 commerçants-artisans : ferrailleur, vannier, ébéniste, fourreur, relieur, imprimeur d'eau forte, pelletier,
1 employé de bureau,
2 principaux dans un cabinet de contentieux,
1 journaliste,
1 saxophoniste,
1 fort aux Halles,
1 capitaine de frégate,
1 dessinateur publicitaire,
1 chef du personnel, et
1 gardien,

soit sur 31 malades ayant exercé une profession :

14 ouvriers, soit 45,2 %,
7 patrons de l'industrie et du commerce, soit 22,6 %,
2 employés, soit 6,4 %,
4 cadres supérieurs soit 12,9 %,
1 personnel de service, soit 3,2 %,
2 professions libérales, soit 6,4 %,
1 divers, soit 3,2 %.

Si parmi les femmes, les différences entre les malades des services de médecine générale et celui de chroniques sont peu sensibles, marquées seulement par un pourcentage légèrement supérieur d'employées en chroniques qu'en aigus, et un peu moins d'ouvrières, le fait le plus net est l'importance du nombre de femmes de ménage, cuisinières, blanchisseuses et concierges parmi les malades de l'Assistance Publique.

Chez les hommes, la clientèle du service de chroniques paraît légèrement plus relevée. On y compte un peu moins d'ouvriers et un nombre relativement important de cadres et professions libérales. Ceci est dû au fait que Créteil étant au point de vue hôtelier, bien organisé, les malades qui y sont envoyés sont en général pris parmi les plus favorisés, ce qui étant donné le niveau moyen de la clientèle hospitalière, ne fait malgré tout qu'une petite partie des malades.

DIAGNOSTICS

Il existe deux définitions du chronique, l'une médicale, l'autre sociale.

Sur le plan médical même, il est très difficile de donner une définition du chronique. C'était autrefois « le pilon », ce malade consolidé qui ne posera plus de problèmes nouveaux. C'est encore pour beaucoup cela. En fait, un regard à l'ensemble des diagnostics ramassés dans cette enquête montre que ce malade n'existe pratiquement pas.

Nous avons choisi très arbitrairement une autre classification. En estimant que le malade chronique est celui qui nécessite des soins médicaux pendant un temps plus ou moins prolongé et la plupart du temps pendant le reste de sa vie, on peut distinguer :

1°) *Les malades rentrés pour des épisodes aigus,* curables et définitivement curables en un temps relativement court, par exemple une pneumonie, une typhoïde, une appendicite, une fracture, etc.

2°) *Les malades atteints de maladies curables* mais de longue durée, nécessitant un traitement prolongé. Le type en est la tuberculose sous toutes ses formes. Ce sont déjà des malades chroniques.

3°) *Les sujets atteints de maladies incurables* mais améliorables, permettant une vie souvent normale entre les poussées, mais imposant une hospitalisation lors des épisodes d'aggravation. Ce groupe de malades peut lui-même être divisé en 2 sous-groupes.

a) *Celui des malades nécessitant un traitement d'entretien continuel, ambulatoire* et l'hospitalisation quand se produisent des poussées d'aggravation ou des crises telles que :

— le diabète,
— les cirrhoses,
— la maladie d'Addison,
— l'épilepsie. L'épilepsie est cependant un cas un peu particulier car en dehors des états de mal, l'hospitalisation ne se fait que lorsque la crise comitiale se produit

en dehors du domicile du malade et en l'absence de ses proches, le malade étant amené à l'hôpital par Police Secours et ressortant dans la journée.

b) *Celui des malades ne nécessitant pas de traitement d'entretien,* mais l'hospitalisation lors de la décompensation ou d'accidents dus à cette maladie, par exemple : un rétrécissement mitral bien compensé et pour lequel évidemment il n'a pas été envisagé de commissurotomie, les insuffisances cardiaques, les hypertensions de la cinquantaine. Ces 2 sous-groupes sont assez arbitraires, deux malades atteints de la même maladie pouvant être classés dans deux catégories différentes, une insuffisance cardiaque importante pouvant nécessiter une digitalisation ou des cures de diurétiques pratiquement ininterrompues tandis qu'une cirrhose très bien compensée, peut parfaitement se passer de tout médicament sinon l'exclusion de toute boisson alcoolisée.

La caractéristique essentielle des malades de ce 3e groupe est que les hospitalisations nécessitées souvent de façon rapprochée, sont dans la plupart des cas de courte durée (c'est-à-dire n'excédant pas 2 mois), quand des associations de plusieurs affections ne rendent pas ces malades totalement incapables de vivre une vie normale. Exemple : une diabétique ayant également une insuffisance cardiaque et faisant une hémiplégie, ou un infarctus du myocarde. Or ces associations sont très fréquentes et font de ces malades des piliers justifiés d'hôpitaux, car ils ont besoin de soins perpétuels.

Une autre catégorie de malades ayant besoin de soins continuels est constituée par :

4°) *Les malades atteints d'affections incurables évoluant d'une seule traite ou par poussées rapprochées vers une issue fatale* et dont le prototype est le cancéreux, du moins celui qui est le plus fréquemment vu dans des services de médecine générale, c'est-à-dire le cancéreux inopérable avec métastases. [Le malade rentrant pour des troubles divers et dont les examens ont conclu au cancer peut être classé parmi les malades aigus. Il sera envoyé au chirurgien ou au radiologue. Dans l'enquête les malades nos 7 et 9 par exemple répondent à cette définition (voir la mise en liste des diagnostics plus loin)].

5° Enfin nous avons mis à part les malades présentant des *infirmités motrices* nécessitant une rééducation et dues :

a) soit à un accident brutal, traumatique ou vasculaire, ayant laissé des séquelles neurologiques, motrices ou psychiques plus ou moins importantes, nécessitant une rééducation. Le type de ce groupe est l'hémiplégie ou la fracture du col du fémur.

b) soit à une affection dégénérative, telles les arthroses.

c) soit à des maladies neurologiques progressivement dégradantes et fatales mais à long terme : scléroses en plaques, myopathies.

En dehors de la rééducation, ces malades nécessitent surtout un nursing important dans la plupart des cas et restent à l'hôpital car ils ne peuvent se débrouiller seuls.

La 6e catégorie comprend les malades psychiatriques et la 7e enfin les malades qui présentent de petits troubles qui ne justifieraient pas dans l'absolu une hospitalisation, mais qui sont reçus à l'hôpital en attendant qu'un placement soit fait, c'est le prototype du chronique social.

En effet et c'est ici le deuxième aspect du malade chronique, *sa définition sociale.*

Le malade chronique est un malade incapable de vivre seul, soit du fait d'une incapacité due à l'âge, en fait dû à l'élément démentiel de la sénilité, soit à une infirmité ou une maladie, si ce malade est abandonné. Ce sont des patients sans famille ou avec une famille qui ne peut s'en occuper ou ne veut pas s'en occuper.

C'est pourquoi dans le tableau qui suit et dans lequel nous avons essayé de classer les malades en différentes catégories, la situation sociale et son avenir immédiat sont brièvement résumés.

Par ailleurs le chronique social englobe également certains malades atteints d'affections chroniques (goutte, épilepsie, diabète) qui pourraient sans difficultés être soignés en ville grâce aux lois sociales actuelles et à la qualité des médecins traitants, s'ils étaient capables caractériellement (ce qui n'est pas le cas des épileptiques), ou

intellectuellement (ce qui n'est souvent pas le cas des nord-africains) de coopérer à un traitement continu.

Ainsi la plupart des malades qui paraissent abusifs aux médecins surtout spécialisés sont des sujets qui idéalement et théoriquement si l'on ne considère que leur maladie n'auraient pas besoin d'hospitalisation, mais dont l'hospitalisation devient parfaitement justifiée si l'on ne considère plus la maladie mais le malade.

Les numéros entre parenthèses correspondent au numéro d'ordre des malades enquêtés.

1. — SERVICES DE MEDECINE GENERALE.

A. — Femmes.

1. *Maladies « aiguës ».*

1. Pneumonie (86). 78 ans. Tonkinoise. Veuve. Ininterrogeable.
2. Pneumonie (39). 66 ans. Veuve. 4 enfants à Paris. Rentre chez elle.
3. Pyélo-néphrite colibacillaire (87). 22 ans. Espagnole en vacances en France. Repart chez elle.
4. Anémie hyperchrome non biermérienne, peut-être due à insuffisance vit. B6. Rentrée pour traitement d'épreuve + dépression nerveuse (61). 47 ans. Mariée. Rentre chez elle.
5. Ulcère de la petite courbure (62). 70 ans. Veuve. Habite seule. Va rentrer chez elle.
6. Syndrome douloureux abdominal sans signes objectifs (84). 41 ans. Mariée. 3 enfants. Rentre chez elle.
7. Masse de l'hypocondre gauche. Troubles digestifs (50). 78 ans. Veuve. Vit avec sa fille divorcée. Rentre chez elle.
8. Extractions dentaires + tétanie (14). 38 ans. Mariée. 3 enfants. Rentre chez elle.
9. Troubles digestifs. Anémie. Goitre. Diagnostic ? (2). 76 ans. Veuve. Vit seule. Va rentrer chez elle où pourra être aidée par amis.
10. Crises douloureuses abdominales considérées comme biliaires chez malade ayant antécédents de lithiase vésiculaire (21). 72 ans. Veuve. Vit avec son fils. Va rentrer chez elle.

2. *Malades chroniques rentrées pour une affection aiguë, sans rapport avec leur maladie chronique.*

1. Pneumothorax spontané. Pré-démence sénile (10). 73 ans. S.D.F. Pas de famille. Voudrait repartir dehors. En fait hospice sera demandé.
2. Abcès du poumon. Cirrhose du foie + polynévrite éthylique (16). 45 ans. Rentrera chez elle après maison de convalescence.
3. Fracture de la clavicule, cécité, scoliose considérable (17). 67 ans. Vit dans maison de religieuses. Y repartira.
4. Hémopathie probable. Insuffisance cardiaque en arythmie complète (23). 73 ans. Désire repartir chez enfants avec qui elle vivait, mais ceux-ci ne sont pas très pressés de la reprendre.
5. Hémiparésie droite immédiatement régressive, chez mélancolique dépressive (31). 67 ans. Mariée. Retournera à l'hôpital psychiatrique.
6. Zona. Lithiase vésiculaire. Obésité. Cure d'amaigrissement en vue intervention (41). 61 ans. Rentrera chez elle (vit seule) après intervention.
7. Névralgies post-zostériennes. H.T.A. I.V.G. (56). 79 ans. Divorcée. Vit seule. Va rentrer chez elle après 3 semaines en clinique médicale.
8. Phlébite + embolie pulmonaire. Néo de l'estomac, ostéoporomalacie (60). 78 ans. Veuve. Vit seule. Rentrera dans sa loge de concierge.
9. Hémoptysie inexpliquée. Ulcère variqueux. Ethyl., obésité (67). 53 ans. Pas de famille. S.D.F. Placement Hospice Bicêtre.
10. Pyélo-néphrite sur lithiase urétérale, coxarthrose bilatérale opérée en 1961, mal rééduquée. Crises vésiculaires (76). 59 ans. Célibataire. Pas de famille. Sort de maison de convalescence, doit y retourner. En fait prototype de malade pour Créteil ou Garches.
11. Hématurie. Troubles digestifs vagues. Hémiplégie gauche en 1952, mal récupérée (82). 62 ans. Placée à Bicêtre avec ami. Y retournera.
12. Foyer pulmonaire avec épanchement pleural réactionnel hémorragique. Angor. I.C. (85). 71 ans. Veuve. Vit seule. Rentrera chez elle, puis chez fille à Nice.
13. Adénome thyroïdien unilatéral avec signes d'hyperthyroïdisme. H.T.A. Œdèmes et troubles trophiques du M.I.G. après fracture de jambe (72). 78 ans.

Veuve. Vit seule. Va rentrer chez elle, mais aimerait en fait être placée.

14. Rentrée pour précordialgie sans signe d'infarctus. Diabète. Obésité (77). 71 ans. Veuve. Vit chez fille mariée. Va retourner chez sa fille.

3. *Maladies de longue durée mais curables.*

1. Tuberculose pulmonaire, rentrée pour hémoptysie (74). 19 ans. Mariée. 1 enfant dont mère s'occupe. Va partir en sana.
2. Péricardite tuberculeuse chez ancienne tuberculeuse pulmonaire (8). 73 ans. Veuve. Pas de famille. Ira en clinique médicale.

4. *Maladies chroniques à poussées.*

1. Cirrhose décompensée. Infection urinaire. Escarre +++ (36). 66 ans. Veuve. Vit seule. Famille à Paris. Voudrait rentrer chez elle (sera morte avant).
2. Cirrhose du foie en poussée ictérique. Hémorragie méningée en février 1961 (79). 48 ans. Ami + enfants. Rentrera chez elle.
3. Cirrhose en poussée ictéro-ascitique (80). 47 ans. 1 sœur avec qui elle vit. Va rentrer chez elle.
4. Epilepsie (6). 37 ans. Vit avec ami. Rentre chez elle.
5. Epilepsie. Polype utérin saignant retiré par électro-coagulation (54). 66 ans. Veuve. Vit seule. Famille à Paris. Rentre chez elle.
6. Epilepsie (83). 33 ans. Mariée + 3 enfants. Rentre chez elle.
7. Epilepsie + obésité + diabète (22). 62 ans. Veuve. Pas de famille. Habite Nice. Est venue à Paris en fugue épileptique.
8. Recto-colite hémorragique en poussée (45). 43 ans. Mariée + 2 enfants. Rentre chez elle.
9. Néphrite chronique hypertensive et peut-être néphrose lipoïdique (71). 70 ans. Veuve. Vit seule. Rentrera chez elle.
10. Insuffisance cardiaque + Parkinson (7). 79 ans. Veuve. Vit dans famille. Veut se placer. Placement hospice demandé.
11. I.C. en décompensation (15). 79 ans. Veuve. Vit seule. Famille en province. Va rentrer chez elle.
12. I.C. en tachyarythmie. Infection urinaire. Suspicion de myélome (38). 80 ans. Célibataire. Vit seule. Veut rentrer chez elle.

13. I.C. en arythmie. Crise de goutte post. diurilix (49). 81 ans. Veuve. Pas de famille. Rentrera chez elle.
14. I.C. et sénilité (37). 79 ans. Veuve. Vit seule. 1 fils à Paris. Placement hospice demandé.
15. I.C. Tassement vertébral. Sénilité (44). 73 ans. Veuve. Vit avec sa famille. Va rentrer chez elle.
16. I.C. décompensée. Lithiase biliaire. Diverticule de D^2. Surdité (46). 90 ans. Veuve. Vit avec sœur très âgée. Convalescence avec sa sœur.
17. I.C. en arythmie complète. Bronchite chronique. C.P.C. + H.T.A. I.V.G. (78). 78 ans. Célibataire. Vit seule. Pas de famille. Voudrait rentrer chez elle.
18. I.C. en tachyarythmie complète + épanchement pleural (91). 72 ans. Célibataire. Vit seule. Pas de famille. Maison de convalescence demandée (aberrant : malade beaucoup trop malade pour).
19. O.A.P. subaigu chez hypertendue avec I.V.G. Hémiplégie gauche en 1953, régressée. Paralysie faciale inférieure en 1960 (73). 71 ans. Veuve. Vit seule. 1 fille qui habite à côté. Rentrera chez elle.
20. H.V.D. Paradiabète (75). 74 ans. Mariée. Rentrera chez elle.
21. Rétrécissement mitral en arythmie complète et défaillance cardiaque ayant donné : 1) embolie cérébrale et aphasie ; 2) épanchement pleural (18). 50 ans. Veuve. Vit avec mère et fille. Va rentrer chez elle.
22. Infarctus du myocarde (64). 75 ans. Divorcée. Vit chez un fils. Hospice demandé (aberrant : n'atteindra jamais l'hospice).
23. I.C. en arythmie complète + B.D.B.G. Tumeur rénale. Hémiplégie droite avec aphasie en 1961. Plusieurs attaques depuis (88). 87 ans. Veuve. Vivait chez une fille de 67 ans qui ne peut plus s'en occuper. Hospice demandé (n'y arrivera pas).
24. I. Respiratoire chronique rentrée en épisode subaigu (5). 100 ans. A fait accident respir. grave au cours de l'hospitalisation. Célibataire. Familles. Maison de retraite demandée.
25. Diabétique rentrée pour ulcère de jambe (65). 78 ans. Veuve. Habite chez un fils. Placement hospice demandé. Veut être placée dans la Seine.
26. Diabétique (20). 65 ans. Divorcée. Pas de famille. Vit seule. Placement hospice demandé et désiré.
27. Diabète avec complications dégénératives (24). 72

ans. Célibataire. Pas de famille. Vit seule. Veut rentrer chez elle. Se débrouille.

28. Diabétique rentrée en coma, car non traitée dans service de chirurgie où était hospitalisée pour fracture du col du fémur enclavée. Infection urinaire (12). 84 ans. Célibataire. Pas de famille. Vit seule. Placement chronique envisagé. Voudrait rentrer chez elle après séjour en maison de convalescence. Décédée.

5. *Malades atteintes d'affections incurables évoluant d'une seule traite vers la mort et nécessitant soins continuels.*

1. Cancer abdominal d'origine X ? Etat dépressif + + +, sans doute dû à métastases cérébrales (11). 76 ans. Veuve. Vivait chez son fils. Placement chronique envisagé.
2. K du sein opéré en 1944, de l'utérus irradié en 1953. Adénopathies métastatiques pulmonaires. Ictère par rétention + poussées fébriles sans doute dû à adénopathies métastatiques (19). 71 ans. Mariée. Désire rentrer chez elle.
3. Myélome multiple à forme anémique (25). 76 ans. Veuve. Vit chez ses enfants. Veut rentrer chez elle,
4. Carcinoïde du grêle + métastases hépatiques. Rétrécissement et insuffisance tricuspidienne (28). 53 ans. Mariée + 3 enfants. Part en clinique médicale.
5. Cancer de l'estomac (53). 78 ans. Célibataire. Vit seule. Pas de famille. Placement hospice demandé.
6. Mélanosarcome choroïdien opéré avec métastases hépatiques (55). 46 ans. Mariée + 2 enfants. Rentrera chez elle.

6. *Maladies incurables nécessitant soins de longue durée, rééducation ou nursing.*

1. Hémiplégie droite + aphasie par embolie cérébrale chez R.M. (4). 53 ans. Mariée + 5 enfants. Rentrera chez elle.
2. Hémiplégie. Rein polykystique connu depuis 38. Diabète (26). 77 ans. Vit seule. Hospice envisagé.
3. Ictus franc. Séquelles psychiques majeures (27). 80 ans. Veuve. Vivait chez sa fille. Hospice demandé.
4. Hémiplégie droite avec aphasie (42). 77 ans. Veuve. Vit seule. Enfants à Paris. Hospice demandé. Malade pas d'accord.

5. Polynévrite éthylique + encéphalopathie éthylique (58). 45 ans. Séparée. Vit seule. Envoyée à Henri-Rousselle (Hôpital psychiatrique).
6. Polynévrite éthylique. Syphilis tertiaire (66). 57 ans. Célibataire. Vit seule. Pas de famille. Placement chronique envisagé.
7. Arthrose vertébrale. Obésité (48). 73 ans. Séparée. Vit seule. Famille à Paris. Placement hospice demandé.
8. Lombarthrose. Ostéoporose. Gastrectomie dans 2/3 il y a 2 ans pour perforation d'ulcère. Douleurs digestives résiduelle (81). 87 ans. Veuve. Vit seule. Cousins. Frère à Paris. Va rentrer chez elle.
9. Coxarthrose bilatérale. Possibilité de Paget (70). 79 ans. Divorcée. Vit seule. 2 enfants à Paris. Veut rentrer chez elle.
10. Hémiplégie droite régressive. Etat lacunaire (90). 80 ans. Veuve. Vit seule. 1 fille qu'elle voit. Placement hospice demandé.
11. Etat lacunaire chez H.T.A. ayant fait hémiplégie gauche en 53 régressée et ictus itératifs. Incontinence (89). 63 ans. Veuve. Vivait chez religieuses. Hospice demandé.
12. Etat pseudo-bulbaire. Incontinence (51). 84 ans. Veuve. Vivait chez religieuses. Hospice demandé.
13. Etat lacunaire. Diabétique. Obésité (57). 54 ans. Mariée. Placement chronique demandé.
14. Lombalgies chroniques. Hémiplégie gauche ancienne. Diabète (1). 64 ans. Veuve. Pas de famille. Vit seule. Placement chronique demandé.
15. Arthrose bilatérale du genou. Diabète. Obésité. Hémiplégie gauche ancienne. Syndrome confusionnel et dépressif (32). 64 ans. Veuve. Vit seule. 2 filles à Paris. Maison de Retraite demandée.

7. *Malades psychiatriques.*

1. Délire hypochondriaque majeur depuis 3 ans. Fracture vertébrale après électro-chocs (3). 59 ans. Mariée. Reprise par famille pour raisons financières.
2. Syndrome dépressif. Diabète. Obésité (9). 50 ans. Mariée + 1 fils. Désire rentrer chez elle vite.
3. Troubles psychiques majeurs. Fracture bilatérale de jambes et du calcanéum après défenestration (29). 40 ans. Célibataire. Vit avec mère. Envoyée en clinique psychiatrique.

4. Tentative d'autolyse par aspirine + otite chronique (30). 19 ans. Célibataire. Pas de famille. Envoyée par police à Denfert.
5. Tentative d'autolyse par section de veines (34), 19 ans. Célibataire. Vivait seule. 1 frère à Paris. Frère la ramène en Bretagne.
6. Tentative d'autolyse par barbiturique (43). 26 ans. Divorcée. 1 enfant en nourrice. Va rentrer chez elle.
7. Dépression nerveuse (68). 30 ans. Algérienne. Mariée + 3 enfants au dépôt. Va partir en maison de repos avec le plus petit de ses enfants.
8. Démence sénile. Incontinence sphinctérienne. Petite I.C. (35). 78 ans. Mariée. Maison de retraite demandée.
9. Démence sénile. H.T.A. Papillome de la lèvre supérieure (52). 89 ans. Veuve. Vivait avec une nièce. Placement hospice demandé.
10. Démence sénile. Infection urinaire. Alopécie. Surdité (59). 87 ans. Veuve. Vivait seule. 1 nièce à Paris. Placement hospice.
11. Démence sénile (33). 89 ans. Veuve. Vivait seule. Enfants à Paris. Maison de retraite prévue.

8. *Malades rentrées pour raisons sociales, sans raisons médicales bien définies.*

1. H.T.A. (69). 82 ans. Célibataire. Vit avec sœur de 90 ans. Rentrée car sœur hospitalisée (ressortira avec elle).
2. Hémiplégie ancienne (40). 84 ans. Veuve. Vivait seule, mais près neveu et nièce qui viennent de partir s'installer en province. Maison de retraite demandée.
3. Séquelles d'infarctus du myocarde post. anévrisme du cœur ou sorte. Accidents vasculaires minimes et régressifs (13). 80 ans. Veuve. Vivait chez un ami et sa fille. Logeur a été hospitalisé d'où hospitalisation de la patiente. Maison de retraite demandée.

B. — Hommes.

1. *Maladies aiguës.*

1. Angine + otite + petite participation rénale (94). 28 ans. Célibataire. Vit seul. Pas de famille. Rentre chez lui.

2. Acné + prostatite staphylococcique (102). 38 ans. Algérien. Célibataire. Vit seul. Rentre chez lui.
3. Pneumonie franche lobaire aiguë (P.F.L.A.) (112). 40 ans. Algérien. Vit seul en France. Rentrera chez lui.
4. P.F.L.A. (113). 53 ans. Célibataire. Vit seul, 1 sœur qu'il voit. Rentrera chez lui.
5. P.F.L.A. (122). 62 ans. Marié. Rentre chez lui.
6. Rhinopharyngite + sinusite (130). 35 ans. Algérien. Divorcé. Vit en foyer. Rentrera chez lui.
7. Hydarthrose d'apparition brutale d'origine X ? (115). 48 ans. Divorcé. Vit seul. Rentrera chez lui.
8. Douleurs épigastriques sans diagnostic (109), 35 ans. Tunisien. Vit seul en France. Rentrera chez lui.
9. Leptospirose ictéro-hémorragique à forme méningée pure (148). 23 ans. Célibataire. Vit chez ses parents. Rentre chez lui.
10. Sténose antro-pylorique d'étiologie inconnue (147). 50 ans. Marié + 1 enfant. Rentre chez lui.
11. Sympathalgie faciale (133). 44 ans. Vit avec amie. Rentre chez lui.
12. Syndrome carentiel après gastectomie (144). 64 ans. Marié + 2 enfants. Rentre chez lui.
13. Intoxication éthylique aiguë sous espéral (150). 45 ans. Vit maritalement. Rentre chez lui.
14. Arthrite du genou droit. Hydarthrose du genou gauche qui serait post-traumatique (153). 56 ans. Divorcé. Vit avec son dernier fils. Rentre chez lui.
15. Douleurs épigastriques. Diagnostic en cours (158). 49 ans. Algérien. Vit seul en France. Rentrera chez lui.
16. Colite (162). 21 ans. Algérien. Vit avec son père ici. Rentrera chez lui.
17. Douleurs épigastriques et coliques d'origine X (164). 32 ans. Guadeloupéen. Séparé. Vit seul. Rentrera chez lui.
18. Episode diarrhéique d'origine X. Hernie inguinale ou inguino-scrotale G. (156). 76 ans. Veuf. Habite chez fille. Rentrera chez lui.
19. Paraphlébite de jambe droite. Ancienne fracture de jambe droite (171). 47 ans. Marié + 2 enfants. Rentrera chez lui.
20. Melæna. Anémie. Néo gastrique ? (129). 67 ans. Marié + 2 enfants. Rentrera chez lui.
21. Cancer gastrique opérable (136). 70 ans. Marié + 4 enfants. Va passer en chirurgie.

2. *Malades chroniques rentrés pour une affection aiguë, sans rapport avec leur maladie chronique.*

1. Angine aiguë. I.C. droite et gauche. Hépatomégalie. Ligature de carotide droite en 60 (116). 54 ans. Marié + 1 fille. Rentrera chez lui.
2. Clochers fébriles post. U.P.R. chez malade ayant lithiase sur anomalie rénale congénitale (95). 51 ans. Marié + 2 enfants. Rentrera chez lui.
3. Erysipèle, cardiopathie droite et gauche (101). 52 ans. S.D.F. Pas de famille. Voudrait ressortir. Travail trop dur pour l'I.C. Très près du placement.
4. Lumbago. Œdèmes des M.I. Obésité + hépatomégalie (103), 64 ans. Célibataire. Vit seul. Veut sortir.
5. Traumatisme crânien avec excitation psycho-motrice. Parkinson. Hépatomégalie (108). 61 ans. Marié. Rentre chez lui.
6. Tæniasis. Accidents thérapeutiques de fougère mâle. Psychopathe (111). 28 ans. Algérien. Célibataire. Vit seul. Rentrera chez lui.
7. Lésion du sinus piriforme. Ancien tuberculeux. Ethylique (124). 60 ans. Marié. Rentre chez lui.
8. Grippe saisonnière. Spécificité très ancienne sans P.G. Ancienne fracture du fémur (139). 89 ans. Veuf. Vit seul. 1 fils à Paris. Maison de retraite demandée.
9. Infection urinaire chez un prostatique. Lacunaire (141). 87 ans. Veuf. Vivait chez fille mariée dont mari est malade. Hospice.
10. Dysphagie avec très important amaigrissement chez un gastrectomisé prostatique paranoïaque (152). 81 ans. Veuf. Déjà placé en hospice. Y retournera.
11. Ophtalmie purulente. Antécédents de glaucome bilatéral (160). 69 ans. Célibataire. Placé en hospice. Y retourne.
12. Ulcère variqueux des M.I. Insuffisance cardiaque (181). 78 ans. Célibataire. Vit seul. Hospice demandé.
13. Anémie par saignement hémorroïdaire. Cécité. Cholécystectomisé. Eczéma des oreilles (112). 67 ans. Italien. Marié + 3 enfants. Retourne dans famille.

3. *Maladies de longue durée, mais curables.*

1. Primo-infection tuberculeuse (169). 23 ans. Célibataire. Vit sur chantier. Sana prévu.

2. Tuberculose pulmonaire découverte en 61. 2 sanas. Sort le 2/6/62. Revient pour malaise sur V.P. avec perte de connaissance. 2 hospitalisations en hôpital psychiatrique en 59 pour épisode dépressif et manifestations subdélirantes chez un éthylique (170). 46 ans. Séparé. Vit seul. Guadeloupéen. Avenir ? Réinsertion sociale difficile.
3. Tuberculose pulmonaire droite excavée avec ensemencement bronchogène gauche (127). 53 ans. Divorcé. Vit seul. Sana.
4. B.B.S. (100). 41 ans. Algérien. Marié. Vit seul à Paris. A l'hôpital depuis 1 an. N'a pas du tout l'intention de jamais retravailler. Veut rentrer en Algérie.

4. *Maladies chroniques à poussées.*

1. Cirrhose éthylique + encéphalopathie portocave. Insuffisance cardiaque + 2 infarctus du myocarde. Rentré pour infarctus (96). 63 ans. Marié + 2 enfants. Veut rentrer chez lui.
2. Syndrome de Klippel (128). 70 ans. Marié + 2 enfants. Rentrera chez lui.
3. Cirrhose splénomégalique et ictérique (107), 27 ans. Algérien. Célibataire. Vit en hôtel. Veut rentrer chez lui.
4. Cirrhose ascitique (135). 55 ans. S.D.F. Pas de famille. Placement chronique demandé.
5. Ulcère de l'estomac dépisté à La Pitié. Antécédents d'abcès amibiens (104). 44 ans. Marié + 1 fille. Veut rentrer chez lui.
6. Dumping syndrome après gastrectomie (117). 43 ans. Marié + 3 enfants. Vit seul chez sa mère. Y retournera.
7. I. Respiratoire chronique majeure trachéotomisée (106). 62 ans. Vit maritalement. Espère pouvoir sortir 1 ou 2 mois avant hiver. Pas d'illusion sur son état.
8. I. Respiratoire majeure avec C.P.C. (110). 59 ans. Marié + 2 enfants mariés. Veut rentrer chez lui.
9. Défaillance cardiaque majeure (120). 72 ans. Marié. Sa femme hémiplégique a été hospitalisée en même temps que lui. Placement maison de retraite pour les 2.
10. Infarctus du myocarde et infarctus pulmonaire (125). 71 ans. Marié + 2 filles. Va aller en maison de repos spécialisée pour cardiaques.

11. Obésité. Paradiabète. H.T.A. Epistaxis (123). 56 ans. Marié + 3 enfants. Rentrera chez lui.
12. Artérite diabétique des I.M. avec plaques de nécrose (121). 80 ans. Marié. Va rentrer chez lui.
13. Bronchite chronique. Hyposystolie. Surdité +++ (131). 85 ans. Marié. Vivait avec femme infirme. Placement hospice demandé. Que va devenir femme ?
14. I.C. + éthyl. (138). 55 ans. S.D.F. Divorcé. Pas de famille. Reprendra vie errante.
15. Pancréatite + tuberculose pulmonaire (143). 37 ans. Marié + 1 enfant. Rentre chez lui.
16. Maladie d'Addison. I. Respiratoire chronique. Tuberculose pulmonaire (146), 49 ans. Séparé. Vivait seul (Décédé).
17. Epilepsie post-traumatique rentré pour crise. Ulcère du bulbe duodénal. Tuberculose à l'armée (134). 26 ans. S.D.F. Ancien marin. Reprendra vie errante.
18. Epilepsie post-traumatique (137). 49 ans. Marié. Rentre chez lui.
19. Epilepsie vraisemblable + éthyl. (142). 59 ans. Marié. Rentre chez lui.
20. I.C. majeure (151). 67 ans. Veuf. Vivait chez amis. Hospice demandé.
21. Artérite temporale bilatérale. Sous-maxillite due à calcul du Wharton (163). 71 ans. Marié. Rentrera chez lui.
22. Troubles digestifs (diarrhée) post-gastrectomie en 1954. Ethylisme, polynévrite (166). 46 ans. S.D.F. Divorcé. Ancien marin. Sortira.
23. Infarctus du myocarde en 57. Rechute. Hémiplégie droite il y a 30 ans après chute. Séquelles +++ Bronchite chronique. Emphysème (168). 73 ans. Marié. Placé à Bicêtre avec sa femme. Y retournera.
24. I.C. I. Respi. chronique. Diabète. Surdité (172), 87 ans. Veuf. Pas de famille. En hospice. Y retournera.
25. C.P.C. chez un ancien asthmatique. Emphysémateux. Sérieuse atteinte de l'état général (175). 60 ans. Veuf. Vit chez sa sœur mariée. Repart chez sa sœur.
26. H.T.A. en évolution. Plusieurs membres de la famille présentent le même syndrome. Origine ? (177). 18 ans. Célibataire. Vit dans un foyer de jeunes. Y retournera.

27. I. Respiratoire chronique. Cataracte (179). 81 ans. Célibataire S.D.F. Ancien marin. Placement hospice demandé.

5. *Malades atteints d'affections incurables évoluant rapidement vers la mort et nécessitant des soins continuels.*

1. Cancer de la calotte tubérositaire. I. Respi. chronique. Tuberculose pulmonaire (145). 75 ans. Marié. Placement chronique demandé.
2. Métastases hépatiques, ganglionnaires et cutanées d'un cancer d'origine X. Sans doute métastase cérébrale. Surdité (167). 64 ans. Marié. Avenir ? Décédé.
3. Œdème des M.I. par compression d'un cancer de la prostate. Cataracte gauche. Ulcère duodénal soigné médicalement. Apparemment guéri. Arthrose cervicale (173). 82 ans. Célibataire. Vit en maison de retraite. Y retournera si pas mort avant.
4. Métastases pulmonaires d'un cancer de la prostate. Coxarthrose bilatérale. I. Respiratoire chronique (114). Marié. Rentrera chez lui.

6. *Maladies incurables nécessitant soins de longue durée, rééducation et nursing* + + +.

1. Hémiplégie droite ancienne. Démence sénile (97). 80 ans. Séparé. S.D.F. Placement hospice demandé.
2. Séquelles d'hémiplégie droite (105). 78 ans. Marié. Placement chronique demandé. (Garches).
3. Hémiplégie (126). 58 ans. Marié + 2 enfants mariés. Placement chronique prévu.
4. Hémiplégie droite avec aphasie. II en AC. (174). 70 ans. Marié. Attend placement Salpêtrière pour rééducation de l'aphasie.
5. Hémiplégie droite avec aphasie (140). 81 ans. Veuf. Vivait chez ses enfants. Repris par famille.
6. Thrombose de la carotide. Crises B.J. + paraplégie spasmodique ayant régressé. A l'hôpital hémiplégie droite avec aphasie (176). 65 ans. Marié + 1 fils. Placement chronique (Lereboullet).
7. Polynévrite éthylique + encéphalopathie éthyl. Diabète (180). 78 ans. Marié. Placement hospice demandé.
8. Hémiplégie droite avec aphasie en 59. Quadriplégie flasque en 61 par intoxication par cyanure de K. Sé-

quelle +++. I. rénale (157). 77 ans. Célibataire. Pas de famille. Etait en hospice. Y retournera si pas mort avant.

9. Polyradiculonévrite (156). 61 ans. Vit maritalement. Rentrera chez lui.

7. *Malades psychiatriques.*

1. Tentative d'autolyse par barbiturique (92). 26 ans. Célibataire. Vit chez ses parents. Rentre chez lui.
2. Tentative d'autolyse par section de veine. Sortait de Villejuif il y a 3 jours. Ethylisme (93). 39 ans. Célibataire. Pas de famille. Vit seul. Sera renvoyé à Villejuif.
3. Dépression nerveuse (98). 31 ans. Algérien. Marié + 2 enfants en Algérie. Vit dans un foyer. Rentrera chez lui.
4. Pré-delirium tremens. Ethyl. (149). 41 ans. Marié + 3 enfants. Rentrera chez lui.
5. Syndrome post-traumatique (154). 53 ans. Divorcé. Vit seul. Rentrera chez lui.
6. Désintoxication éthylique (161). 51 ans. Veuf. Vit seul. Rentrera chez lui.
7. Encéphalopathie éthylique + bacillose pulmonaire (178). 55 ans. Célibataire. Vit seul. Placement chronique demandé.

8. *Malades rentrés pour raisons sociales sans raisons médicales bien définies.*

1. Antécédent de tuberculose pulmonaire. Sorti de Nanterre le 18 juin 1962. A travaillé un mois depuis sa sortie, puis s'est fait réhospitaliser. Réinsertion sociale difficile, ce malade étant ouvrier agricole ne peut reprendre ce travail trop dur mais est incapable d'en faire un autre (159). 42 ans. S.D.F. Divorcé.
2. Parkinson. Cataracte. Sénilité (119). 73 ans. Veuf. Vit seul. Enfants à Paris. Maison de retraite demandée. Rentrée en attente.
3. Séquelles d'hémothorax, traumatique par tentative de suicide suivie de tuberculose pulmonaire. 8 ans de sana. Tout à fait guéri maintenant (99). 56 ans. Divorcé. Vient de sortir de sana. Pas d'argent. Attendait mandat. S'est fait hospitaliser en attendant.

Additif : Aigus.

22. Troubles digestifs. Hernie hiatale (155). 66 ans. Marié + enfants. Rentrera chez lui.

2. — SERVICE DE CHRONIQUES

A. — Femmes.

1. *Maladies aiguës = 0.*

2. *Malades chroniques rentrées pour épisodes aigus = 0.*

3. *Maladies à long terme, curables = 0.*

4. *Maladies chroniques à poussées.*

1. Diabète + Artérite des M.I. (amputation gauche) (226). 70 ans. Célibataire. Habitait seule. Famille à Paris. Pas de sortie envisagée.
2. Diabète + escarre du talon. Angor. Antécédents de tuberculose (235). 64 ans. Mariée mais mari a coxarthrose. Pas de sortie envisagée, mais pense retourner plus tard chez elle.
3. Diabète + insuffisance respiratoire chronique +++ (244). 72 ans. Veuve. Vivait seule. 4 sœurs à Paris. Hospice envisagé.
4. Ostéomyélite chronique, amputation 1/3 moyen cuisse + problème neuro-chirurgical dans le service (229). 74 ans. Veuve.
5. Insuffisance respiratoire chronique. C.P.C. H.T.A. Obésité, cécité. Infarctus du myocarde dans le service (245). 70 ans. Veuve. Enfants à Paris. Ne sortira pas.
6. Insuffisance ventriculaire gauche. Hypertension. Hémoptysie. Ostéoporose (241). 82 ans. Célibataire. Vivait dans famille. Hospice demandé en octobre 1960.
7. Infarctus du myocarde en janvier. Coxarthrose droite. Trois mois après arrivée ici, rechute de l'infarctus (246). 77 ans. Veuve. Vivait chez un fils. Protégée du chef du personnel. Sortira avec aide ménagère.

5. *= 0.*

6. *Malades incurables, nécessitant soins de longue durée, rééducation et nursing.*

1. Sclérose en plaques. Troubles psychiques. Grabataire (216). 36 ans. Célibataire. En hôpital depuis

10 ans. Va aller en hospice à Champrosay où est son ami (myopathique).

2. Sclérose en plaques. Troubles psychiques (223). 54 ans. Mariée, mais mari cirrhotique vit chez sœur. Pensait la reprendre. En fait guère possible.
3. Hémiplégie droite avec aphasie (218). 78 ans. Veuve. 2 fils à Créteil qui viennent la voir mais ne veulent pas la reprendre. Placement hospice envisagé.
4. Hémiplégie gauche + ulcère du bulbe + H.T.A. (220). 77 ans. Célibataire. Vivait seule. 1 fils à Paris. Hospice envisagé.
5. Hémiplégie droite, puis gauche + infarctus du myocarde dans le service. Hernie hiatale (225). 63 ans. Veuve. Vivait chez amis. Maison de retraite envisagée si pas mort avant.
6. Hémiplégie gauche. H.T.A. (228). 55 ans. Veuve. Vivait chez un fils. Sortie non envisagée encore. Placement ou chez son fils.
7. Hémiplégie gauche en février 1962 (230). 67 ans. Veuve. Vivait seule depuis mort récente mari. Familles. Pas de sortie envisagée.
8. Hémiplégie gauche avec hémorragie méningée chez hypertendue (231). 53 ans. Seule. Va partir en maison de convalescence de l'éducation nationale.
9. Hémiplégie gauche avec aphasie + H.T.A. (233). 73 ans. Célibataire. Vivait seule. Vague cousine. Placement hospice fait le 2/11/60.
10. Hémiplégie droite + aphasie chez H.T.A. (234). 69 ans. Célibataire. Vivait seule. Famille à Paris. Placement hospice fait en mars 1962.
11. Hémiplégie gauche + H.T.A. (238). 73 ans. Veuve. Vivait seule. Une fille mariée. Placement hospice prévu.
12. Hémiplégie droite + aphasie + H.T.A. (248). 82 ans. Divorcée. Vivait seule. Amis qui viennent parfois. Volonté. Bonne rééducation. Sortira.
13. Hémiplégie gauche sur R.M. il y a 5 ans. Troubles psychiques. Malade grabataire (239). 49 ans. Célibataire. Vivait avec parents. Pas de sortie envisagée. Nécessité de psychothérapie.
14. Hémiplégie droite + H.T.A. Hémorragie conjonctivale. Obésité (240). 67 ans. Veuve. Vivait seule. Une amie qui s'occupe d'elle. Placement hospice prévu.

15. Hémiplégie droite en 57. H.T.A. Fracture du col en 58. Ostéoporose (243). 74 ans. Veuve. Vivait seule. Une sœur très âgée. Nièce. Placement hospice fait en novembre 1960.
16. Hémiplégie gauche en 62 + aphasie. I respiratoire chronique (247). 63 ans. Veuve. Vivait seule. 2 fils. Sortira.
17. Hémiplégie droite en 57. Hernie hiatale (243). 75 ans. Veuve. Vivait seule. 1 fils marié à Paris. Hospice demandé en mars 1962.
18. Epilepsie + fr. du col post. crise comitiale + hémiplégie droite (250). 72 ans. Veuve. Vivait seule. Une amie. Placement hospice.
19. Séquelle de fr. du col du fémur et extrémité inférieure de l'humérus (221). 65 ans. Divorcée. Vivait seule. Nièce. Basedow ancien. Infection urinaire chronique. Ostéoporose. Obésité. Diarrhée rebelle. Placement hospice prévu.
20. Fracture du col du fémur en 57. Tr. psychiques (222). 67 ans. Célibataire. Pas de famille. Vivait seule. Hospice demandé en mai 1960.
21. Fracture du col et fracture de jambe il y a 5 ans. H.T.A. Artériosclérose. Ostéoporose. Obésité (249). 76 ans. Veuve. Vivait seule. Une fille mariée à Paris. Hospice prévu.
22. Polynévrite éthylique + encéphalopathie éthylique (219). 40 ans. Mariée. Une fille. Mari alcoolique. Placement hospice demandé.
23. Parkinson (224). 72 ans. Séparée. Vivait seule. Une nièce. Placement hospice fait en février 62.
24. Parkinson (227). 62 ans. Vivait maritalement + 1 fils marié. Placement hospice fait depuis mai 1960 dans la région où habite son fils.

7. *Malades psychiatriques.*

1. Dépression nerveuse + fr. du col datant de 8 ans (217). 63 ans. Divorcée. Vivait chez fille mariée. Retournera chez sa fille.
2. Grabataire par troubles psychiques. Cyphoscoliose depuis chute à l'âge de 10 ans. Cécité. Tentative d'autolyse (232). 75 ans. Célibataire. Pas de famille. Vivait dans maison religieuses. Placement hospice fait en mars 1962.
3. Troubles caractériels de personne âgée (236). 85 ans. Veuve. Vivait chez une fille (qui n'en veut plus). Avenir non encore envisagé.

4. Grabataire par troubles psychiques avec amyotrophie des M.I. sans raison médicale (237). 73 ans. Veuve. Vivait chez amis. Progrès rapide. Sortie possible.

8. *Malades rentrées pour raisons sociales.*

1. Vague hypertension de la cinquantaine (251). 81 ans. Veuve. Vivait chez fils et belle-fille qui est secrétaire à l'hôpital de Créteil et l'a fait rentrer là pour s'en débarrasser. Placement hospice fait en mars 1962.

B. — Hommes.

1. *Maladies aiguës = 0.*

2. *Malades chroniques rentrés pour épisodes aigus = 0.*

3. *Maladies curables à long terme = 0.*

4. *Maladies chroniques à poussées.*

1. Coxarthrose bilatérale depuis 1957 + coxite gauche après infiltration locale d'hydrocortisone. Traité par A.B., extension par broche (184). 71 ans. Veuf. Enfants à Paris. Veut rentrer chez lui.
2. I.C. en 1958, décompensée, maintenant bien. Crise de goutte (196). 80 ans. Veuf. Femme morte ici. Sœur à Paris. Hospice.
3. Ostéite chronique. Fr. du col du fémur enclouée en 1960. Fistule externe depuis 23/8/61. Suppuration chronique à pyocyanique avec lepse osseuse (200). 82 ans. Marié. Rentrera chez lui.
4. C.P.C. sur bronchite chronique. Grosse prostate (205). 78 ans. Veuf. 1 fille à Paris, mariée, 3 enfants. Hospice prévu.
5. Diabète. Obésité +++. Mal perforant plantaire. Spina bifida. Artérite. Petit atteinte rénale. Longue histoire de fracture de jambe avec suppuration (206). 65 ans. Séparé. 1 fille à Paris. Sert de secrétaire, ne sortira pas.
6. I.C. Bronchite chronique. Cirrhose éthylique (209). 62 ans. Célibataire. Pas de famille. Rentrera chez lui.

7. Fistule biliaire externe spontanée. Tr. psychiques (amnésie). Eventration (182). 75 ans. Veuf. Pas de famille ici. Hospice demandé le 29/7/59.
8. Maladie d'Addison depuis 1949 (211). 72 ans. Divorcé. Pas de famille. Ne sortira pas. Prototype de l'hospitalisation abusive. Parfaitement bien entre les poussées pour lesquelles il est transporté dans un hôpital général.

5. = 0.

6. *Maladies incurables nécessitant soins de longue durée, rééducation et nursing.*

1. Sclérose en plaques depuis 11 ans. Hépatite virale en juin 61 (203). 45 ans. Divorcé. Voit ex-femme et enfants. Hospice prévu.
2. Sclérose en plaques depuis 1939 (204). 49 ans. Marié + 1 fils. Hospice prévu par l'assistante sociale. Difficile à faire admettre au malade.
3. Facture du col du fémur. Marche presque normale (183). 82 ans. Vivait maritalement. Hospice prévu.
4. Hémiplégie gauche rééduquée à Garches. Hémiplégie droite à Créteil en juillet 61. Prostatique. Infections urinaires à répétition. Pseudo-bulbaire (185). 61 ans. Marié. Rentrera chez lui.
5. Hémiplégie droite avec aphasie datant du 7/11/61. Pseudo-bulbaire, 2 crises comitiales en avril 62. Hernie inguinale (188). 45 ans. Vit maritalement. Hospice prévu.
6. Hémorragie cérébro-méningée en 59. Hémiplégie droite. Bronchite chronique (gazé 14). Tentative de suicide au gaz en 57. Nouvelle attaque droite à Créteil en février 62 (192). 75 ans. Veuf. Pas de famille. Hospice prévu. Lui voudrait sortir.
7. Hémiplégie droite avec aphasie. Pseudo-bulbaire. Pas de rééducation possible (193). 60 ans. Marié + 2 enfants. Hospice demandé le 2/6/60.
8. Thrombose de la partie initiale de la carotide interne droite ayant donné ictus en mars 62 avec hémiplégie gauche. Artérite des M.I. Angor. I.U.G. + C.P.C. Bronchite chronique (gazé 14). Etait aux anti-coagulants depuis 6 ans. Arrêté ici (194). 64 ans. Vit maritalement. Rentrera chez lui.
9. Hémiplégie droite + aphasie par thrombose partielle de C.P. gauche, remontant à 55. Infarctus du myocarde. Rééducation motrice à Garches, de la

parole à la Salpêtrière, puis ici (197). 48 ans. Avenir non envisagé.

10. Hémiplégie droite en 1958. Pseudo-bulbaire le 24/7/62. Fausse route, asphyxie, ayant demandé aspiration (201). 66 ans. Célibataire. Pas de famille. Hospice demandé le 27/4/60.
11. Hémiplégie gauche chez un hypertendu. En 1960, accident vasculaire cérébral. En 1962, petit foyer pulmonaire (207). 91 ans. Veuf. 7 enfants + 22 petits-enfants. Hospice demandé le 24/4/60.
12. Hémiplégie gauche post-traumatique ayant régressé sauf paralysie faciale et incontinence d'urines (213). 43 ans. Marié + 5 enfants au Portugal. Rapatriement prévu.
13. Hémiplégie droite avec aphasie. Pseudo-bulbaire (215). 65 ans. Marié. Une fille. Maison de retraite prévue.
14. Myopathie amyo-hypertrophique (191). 16 ans. Célibataire. Algérien. Rapatriement prévu.
15. Myopathie depuis l'âge de 12 ans, type Duchenne. Très stable. Ergothérapie (198). 38 ans. Va se marier avec une fille ayant sclérose en plaques. Hospice demandé mais veut sortir et gagner sa vie avec vannerie.
16. Artérite des M.I. Amputation droite en 60. (Opéré). Parti à Lariboisière pour amputation gauche. Tuberculose pulmonaire traitée par thoracoplastie en 58 suivi de polynévrite par I.N.H. éthyl. (186). 50 ans. Avenir non envisagé.
17. Artérite des M.I. ayant débuté en 50. Opéré sur carrefour de l'aorte en 57. Amputation cuisse droite en mai 59. Appareillage de rééducation mais reste au lit (187). 73 ans. Divorcé. Pas de famille. Hospice prévu.
18. Artérite des M.I. Amputation à gauche. Paradiabète. Gastroentérostomie avec Draegstedt pour ulcère pylorique le 4/4/61. Hépatite infectieuse en 4/62. Eventration ensuite en 62. Bronchite chronique. A été au tromexane jusqu'en avril 61 (199). 58 ans. Célibataire. Pas de famille. Rentrera chez lui.
19. Artérite des M.I. Amputation gauche en oct. 60. Infarctus du myocarde à Créteil en 61. Hépatite post-transfusionnelle en 61 (210). 63 ans. Veuf. Enfants à Paris. Pas de sortie envisagée.

Catégories de malades par mode de sortie prévue.

Services de médecine générale.

A. **Femmes**	Total		Sortie envisagée		Hospice Maison de retraite		Chroniques		Convalescence Clinique médicale		Hôpital psychiatrique		Sana	
	NB	%	NB	NB	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
1° Aigus	10	11,1	10	100,0										
2° Aigus + chroniques	14	15,6	7	50,0	3	21,5	1		2		1			
3° Curables à long terme	2	2,2							1	50,0			1	50,0
4° Chroniques à poussées	28	31	18	64,3	7	25,0	1		2					
5° Chroniques + rapid. mort	6	6,7	3	50,0	1	16,7	1	16,7	1	16,7				
6° Incurables, rééducation	15	16,7	3	20,0	8	53,3	3						1	
7° Psychiatriques	11	12,2	5	45,4	4	36,5			2					
8° Raisons sociales	3	3,3			2	66,7			1	33,3				
Sans diagnostic														
Total	89	100,0	46	51,1	25	27,8	6	6,7	9	10,0	1	1,1	2	2,2

B. **Hommes** (décédé : 1)	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
1° Aigus	22	24,4	22	100,0										
2° Aigus + chroniques	13	14,4	8	61,5	5	38,5								
3° Curables à long terme	4	4,4											2	50,0
4° Chroniques à poussées	27	30,0	18	66,7	6	22,2	1	3,6	1	3,6				
5° Chroniques + rapid. mort	4	4,4	2	50,0	1	25,5	1	25,5						
6° Incurables, rééducation	9	10,0	2	22,2	3	33,3	4	44,4						
7° Psychiatriques	7	7,7	5	71,4			1	14,3			1	14,3		
8° Raisons sociales	3	3,3	2	66,7	1	33,3								
9° Sans diagnostic	1	1,1												
Total	90	100,0	59	65,6	16	17,8	7	7,8	1	1,1	1	1,1	2	2,2

Services de chroniques. **Catégories de malades par mode de sortie prévue.**

A. **Femmes**	Total		Pas de sortie		Rentreront chez eux		Hospice		Maison de convalescence	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
1° Aigus	0									
2° Aigus + chroniques	0									
3° Curables à long terme	0									
4° Chroniques à poussée	7	19,4	4		1		2			
5° Chroniques rapidement mortelles	0									
6° Incurables, rééducation	24	66,7	4		2		17		1	
7° Psychiatriques	4	11,1	1		2		1			
8° Raisons sociales	1	2,8					1			
Total	36	100,0	9	25,0	5	13,9	21	58,3	1	2,7

B. **Hommes**	Rapatriés		Total		Pas de sortie		Rentreront chez eux		Hospice		Maison de convalescence	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
1° Aigus			0									
2° Aigus + chroniques			0									
3° Curables à long terme			0									
4° Chroniques à poussée			8	23,5	2		3		3			
5° Chroniques			0									
6° Incurables, rééducation	2		22	64,7	4		4		12			
7° Psychiatriques			3	8,8	1				2			
8° Raisons sociales			1	2,9					1			
Total	2	5,9	34	100,0	7	20,6	7	20,6	18	52,9		

20. Artérite des M.I. depuis 45. Coma oxycarboné accidentel en 4/58 de 40 heures. Ulcère du talon (212). 64 ans. Séparé. Pas de famille. Ne sortira pas. Sert de secrétaire.

21. Parkinson majoré à gauche datant de 17 ans. Sénilité (195). 67 ans. Vivait avec amie mais celle-ci ne veut plus le voir. Hospice demandé le 2/8/60.

22. Paraplégie spasmodique + aphasie. En fait 2 hémiplégies ayant régressé aux M.S. Pseudo-bulbaire (202). 70 ans. Vivait maritalement. Hospice prévu si pas mort avant.

7. *Malades psychiatriques.*

1. Amputation bilatérale 1/3 sup. de cuisse après accident de métro (tentative de suicide). Ecrasement vertèbre lombaire. Très bonne récupération fonctionnelle. Marche bien. Reste incontinence d'urine (189). 65 ans. Séparé. Une fille qu'il voit rarement. Hospice prévu.

2. Syndrome cortico-sous-cortical. Ethyl. Syphilis. Tuberculose pulmonaire en 44. Depuis sana, multiples hôpitaux pour éthyl., fractures de jambes, etc. (190). 60 ans. Célibataire. Pas de famille. Hospice prévu.

3. Sclérose cérébrale primitive type Alzheimer. Epilepsie (214). 64 ans. Marié + enfants. Mourra ici.

8. *Malade rentré pour raison sociale.*

1. Malade venu à Créteil il y a 3 ans pour hémiplégie gauche régressive. A Créteil découverte d'une tuberculose pulmonaire en février 60. Traité à Saint-Antoine, puis à Champrosay. Retour guéri à Créteil (208). 68 ans. Séparé. Enfants mariés qu'il voit peu. Hospice prévu.

Il a paru intéressant de comparer les chiffres de prévisions de sortie donnés par les tableaux précédents, à ceux donnés par le décompte des 150 derniers malades sortis de l'Hôpital Albert-Chenevier, à Créteil.

Malades décédés	54 soit 36,0 %.
Malades rentrés au domicile	56 soit 37,3 % dont 7 avec aide ménagère (une dizaine d'entre eux ont été réhospitalisés). (Comprend les malades en permission).
Malades placés	34 soit 22,7 % dont 7 en maison de retraite, 15 en hospice, 3 en service de chroniques (disciplinaires), 1 en sanatorium, 1 en préventorium, 2 en maison de repos (puis retour au domicile), 2 en centre professionnel (paraplégigiques), 3 dans des familles étrangères (pensionnaires).
Rapatriés	6 soit 4 % dont 5 en Algérie, 1 au Portugal.

La comparaison entre ces chiffres montre que les malades pour lesquels un placement a été demandé sont beaucoup plus nombreux que les malades réellement placés (52,9 % et 58,3 % contre 22,7 %). Ceci tient au fait que les placements étant très longs à être satisfaits, parfois plusieurs années :

1°) soit les malades sont morts avant ;

2°) soit ils sortent, pour attendre chez eux ou dans leur famille que le placement devienne effectif.

Le détail des diagnostics n'a pas été donné dans un vain effort d'érudition mais, pour que quiconque les parcourant, se rende compte de la gravité de l'état de ces malades, non pas tant gravité de la maladie qui les a ame-

nés à l'hôpital, qu'il soit général ou de malades chroniques, mais état grave par l'association de plusieurs affections dont la plupart peuvent amener ces malades à avoir besoin à tout moment d'un service aigu.

Or, dans un service de chroniques, quand une affection intercurrente arrive, le service est incapable de lui assurer des soins médicaux corrects et doit le transférer dans un service général. C'est le cas par exemple de ce malade qui présente une maladie d'Addison parfaitement équilibrée et dont la présence (médicalement parlant) peut paraître injustifiée dans un service de chroniques, d'autant plus, qu'à chaque poussée aiguë de la maladie, il est envoyé dans un autre service. Ces transferts dans des services d'aigus sont une charge qu'on ne calcule pas dans le prix de revient de ces services ; en effet le malade bloque 2 lits budgétaires, le lit étant gardé dans le service de chroniques pendant toute la durée de son hospitalisation dans un autre service.

Le détail des diagnostics rencontrés montre également le nombre relativement important de cas où un placement hospice a été abusivement demandé, ne serait-ce que parce que le malade ne pourra jamais l'atteindre ou s'il l'atteint, il en mourra dans les 8 jours qui suivent :

1°) parce que sa maladie est mortelle ;

2°) parce que sa mort sera précipitée par le manque de soins. Cette forme d'euthanasie est pourtant couramment pratiquée.

Or, si l'on peut admettre que sur le plan médical et le plan scientifique il est préférable que le malade meurt à l'hôpital plutôt que chez lui, rien ne justifie sa mort à l'hospice.

En effet sur le plan médical, la mort à l'hôpital donne la garantie que tout ce qui était possible a été fait et c'est par ailleurs le seul endroit où le nursing « terminal » peut être correctement fait.

Par ailleurs, du fait de la possibilité d'une autopsie, la mort à l'hôpital est, si l'on ose dire, sur le plan de l'enseignement et de la recherche scientifique d'une grande utilité.

Par contre que le malade meure chez lui entouré des siens est sur le plan moral et psychologique nettement préférable.

Mais la mort à l'hospice ne se justifie sur aucun de ces plans, scientifique, médical ou psychologique.

LES BESOINS MEDICAUX DES MALADES

1. Régimes.

L'importance des unités de diététique dans les hôpitaux quels qu'ils soient est mise en évidence par le nombre important de malades nécessitant un régime.

	Hommes				Femmes			
	Aigus		Chroniques		Aigus		Chroniques	
	NB	% (a)	NB	%	NB	%	NB	%
Sans sel	19	21,1	7	20,6	23	25,3	12	33,3
Diabétique	3	3,3	2	5,9	11	12,1	3	8,3
Hypocalorique	2	2,2	1	2,9	7	7,7	2	5,6
Anti-azotémique	1	1,1			1	1,1		
Sans alcool	10	11,1			7	7,7	1	2,7
Gueules cassées	2	2,2			6	6,6		
Divers (b)	12	13,3			11	12,1		
Total	49	54,4	10	29,4	66	72,5	18	50,0

a) Les pourcentages sont calculés sur l'ensemble des malades de chaque catégorie.
b) Les divers comprennent tous les régimes qui ne peuvent être classifiés et doivent être différents pour chaque malade.

Il faut noter ici qu'en ce qui concerne les régimes il existe une sous-appréciation des besoins en régime diabétique, le diabète ou plutôt le para-diabète, dont les dernières campagnes de dépistage réalisées dans différents pays ont montré la fréquence, demandant d'être recherché systématiquement pour être trouvé.

2. Rééducation.

	Hommes				Femmes			
	Aigus		Chroniques		Aigus		Chroniques	
	NB	% (1)	NB	%	NB	%	NB	%
Motrice :								
Neurologique	6	6,7	10 (2)	29,4	9	10,0	16 (4)	44,4
Traumatique			2	5,9	5	5,5	4	11,1
Rhumatismale	2	2,2	1	2,9	3	3,3	1	
Appareillage			3	8,8			1	
Respiratoire	9	10,0	2 (3)	5,9			2 (3)	
Aphasie	3	3,3	2	5,9	2	2,2	2 (3)	
Massages anti-escarres	5	5,6	7	20,6	9	10,0	2	5,6

1. Les pourcentages sont calculés sur l'ensemble des malades de chaque catégorie.
2. Sur ces 10 malades, la rééducation a été arrêtée chez 3 d'entre eux, soit parce qu'elle était devenue inutile, soit parce qu'aucun progrès n'était enregistré ; la rééducation est impossible chez 2 d'entre eux, l'état cortical de ces malades étant trop mauvais. Il s'agit évidemment de la rééducation active, la rééducation passive étant toujours possible, mais nécessiterait un personnel beaucoup plus nombreux.
3. Non faite.
4. Sur ces 16 malades, la rééducation a été arrêtée chez 8 d'entre elles et elle est impossible chez 2 malades.

3. Examens de laboratoire.

Nous n'avons relevé dans l'enquête que les examens les plus courants et dont les malades ont un besoin répété : Exemple : le thrombotest ou taux de prothrombine chez des malades recevant des anticoagulants pendant plusieurs années.

	Hommes				Femmes			
	Aigus		Chroniques		Aigus		Chroniques	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
Test et taux	10	11,1	5	14,7	9	10,0	4	11,1
E.C.G. (2)	15	16,7	5	14,7	20	22,0	4	11,1
Glycémie-RA-glycosurie	4	4,4	2	5,9	11	12,1	3	8,3
E.E.G. (3)	2	2,2	1	2,9	4	4,4	1	2,8
Radios pulmonaires	6	6,6			4	4,4		
Radio estomac	2	2,2			2	2,2	1	2,8
Urée, albumine, etc.	1	1,1	1	2,9	1	1,1		
N.F.S.	1	1,1			2	2,2		
Divers	11	12,2			5	5,5	1	2,8

1. Les pourcentages sont calculés sur l'ensemble des malades de chaque catégorie.
2. E.C.G. - Electrocardiogramme.
3. E.E.G. - Electroencéphalogramme.

Certains malades ayant besoin de plusieurs examens se retrouvent dans plusieurs des colonnes ci-dessus.

Les besoins très élevés chez les malades chroniques montrent à quel point il est indispensable que dans les futurs services de chroniques, chaque chef de service possède son propre laboratoire et qu'un laboratoire central mal outillé est tout à fait insuffisant.

4. Médicaments.

Comme pour les examens de laboratoire nous n'avons noté que les médicaments les plus courants et que les malades sont amenés à prendre pendant un temps long, ou parfois pendant le reste de leur vie.

	Hommes				Hommes			
	Aigus		Chroniques		Aigus		Chroniques	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
Toni-cardiaques	13	14,4	4	11,8	19	20,9	1	2,7
Diurétiques	12	13,3	2	5,9	19	20,9	3	8,3
Anti-coagulants	10	11,1	3	8,8	9	10,0	4	11,1
Neuroleptiques	5	5,6	10	29,4	8	8,8	18	50,0
Sulfamides hypoglycémiants	4	4,4	1	2,9	11	12,1	3	8,3
Insuline			3	8,8	5	5,5	7	19,5
Hypotenseurs			2	5,9			4	11,1
Rutine-Papavérine-Nicyl			5	14,7			2	5,6
Niamide	2	2,2	2	5,9	1	1,1	3	8,3
Carena	2	2,2	1	2,9	4	4,4	1	2,7
Anti épileptiques								
Pansements digestifs	2	2,2			1	1,1	1	2,7
Antibiotiques			4	11,8			2	5,6
Vit. B1 B6	1	1,1			4	4,4		
Artane	1	1,1	1	2,9			2	5,6
Esperal								
Cortancyl, Cortisone, etc.	6	6,7	1	2,9	6	6,6		
Hormone - Divers	1	1,1	2	5,9				
Tuberculostatiques	5	5,6			2	2,2		
Divers	10	11,1			5	5,5	3	8,3

5. NURSING.

	Hommes				Femmes			
	Aigus		Chroniques		Aigus		Chroniques	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
Total	5	5,6	7	20,6	9	10,0	2	5,6
Semi-total	7	7,7	7	20,6	15	16,5	5	13,8
Partiel	17	18,9	9	26,5	29	31,9	11	30,6
Très partiel			1	2,9			4	11,1
Nul	61	67,8	10	29,4	38	41,6	14	38,9
Total	90	100,0	34	100,0	91	100,0	36	100,0

Ce que nous avons appelé « nursing » ne correspond pas aux soins infirmiers ; piqûres, pansements, etc..., mais aux besoins d'aide d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne : manger, se laver, etc. Tous les malades nécessitant un nursing total sont de plus des incontinents.

Ces malades nécessitent également des massages pour éviter les escarres.

LES MALADIES CHRONIQUES ET L'ORGANISATION DES SOINS MEDICAUX

L'enquête du Docteur Marie-Christine LEHARLE a permis au Professeur Henri PÉQUIGNOT d'en tirer des leçons importantes.

Soumettre des « chroniques » à un régime spécial impose sinon de les définir, du moins de les délimiter et de les classer. Le Professeur Henri PÉQUIGNOT s'y est efforcé au cours d'enquêtes dans des services de types divers et il a finalement conclu que cet effort était peu utile : les chroniques entrent en effet dans des catégories variées. Certains mènent une vie normale au prix de soins médicaux épisodiques (déficiences sensorielles, névrotiques, psoriasiques), d'autres peuvent être maintenus dans une quasi-stabilité par une surveillance médicale plus rigoureuse (diabète, épilepsie, cardiopathies valvulaires), certains guérissent après une longue évolution (tuberculose), d'autres après de multiples récidives (ulcéreux) ; d'autres encore ont une incapacité fixée permanente (hémiplégiques, amputés), lentement évolutive (sclérose en plaques), ou plus rapidement (sclérose latérale amyotrophique) ; d'autres enfin sont menacés de récidives de plus en plus graves (affections malignes). Pour le médecin, il n'y a donc pas une mais plusieurs catégories de chroniques, et cette multiplicité n'a pas d'intérêt pratique car, en fait, la catégorie dont dépend le malade ne dépend pas seulement du bilan médical qu'on en peut faire mais aussi — et légitimement — de ses capacités mentales, intellectuelles et caractérielles (compréhension du traitement et discipline thérapeutique) et de ses conditions de vie : le hasard peut rendre compatible ou non pour une lésion identique la profession et l'infirmité — il existe ou non un milieu social qui peut aider le malade — c'est dire que les catégorisations diagnostiques sont illusoires dans la définition des établissements appropriés et que les besoins de chaque malade doivent faire l'objet d'un diagnostic individuel.

Pour une deuxième raison, ces classifications sont fallacieuses, c'est que les besoins techniques des malades classés comme chroniques n'apparaissent pas réellement différents des besoins techniques des malades des hôpi-

taux généraux. Certes, les visites médicales peuvent être moins fréquentes puisque le diagnostic est fait, mais les possibilités d'appel au médecin et les moyens diagnostiques mis à sa disposition ne peuvent être inférieurs en raison de la survenue toujours à craindre d'une complication ou même d'une association morbide redoutable. Les besoins en médicaments sont du même ordre et par conséquent les besoins en examens de laboratoire, puisque les médications modernes actives nécessitent presque toutes une surveillance biologique permanente. Les besoins en soins infirmiers, en rééducateurs, en services diététiques sont beaucoup plus grands chez les chroniques dont par ailleurs les besoins psychologiques sont au tout premier plan (distractions, visites, ergothérapie) et dont la désocialisation doit être évitée à tout prix.

Aussi conçoit-on la sagesse d'un Symposium d'Experts organisé par le Bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé, et auquel le Professeur H. PÉQUIGNOT a participé. Il conclut que la ségrégation des chroniques devait en principe être évitée et que ne pouvaient se justifier parmi les services spécialisés de chroniques que ceux qui mettaient à leur disposition des services *supérieurs* à ceux des hôpitaux généraux.

On peut se demander si certaines habitudes de pensée médicale opposant des services d'aigus et des hôpitaux de chroniques ne remontent pas à l'époque d'une médecine plus diagnostique que thérapeutique, où l'intérêt scientifique était fondé avant tout sur un renouvellement rapide des cas. On pourra juger cette évolution historique en comparant les diagnostics portés sur l'ensemble des hospitalisés du service de BOUILLAUD en 1836 et que celui-ci nous a conservés, que j'emprunte à la thèse de Y. GRANGE, et les diagnostics relevés dans sa thèse par le regretté Michel MAGDELAINE, dans le service du Professeur Henri BÉNARD en 1954-1955.

Actuellement, il paraît bien ressortir de la lecture de la littérature scientifique courante que le centre d'intérêt de la recherche clinique et thérapeutique est dans l'étude des résultats à long terme de malades bien suivis. La difficulté de la médecine d'aujourd'hui réside certes bien souvent dans le diagnostic, mais en bien des circonstances, elle est plus encore dans l'ajustement thérapeutique ; or les données les moins sûres de la pathologie sont les données pronostiques. Les services clini-

ques devraient donc être conçus de manière à faciliter au maximum l'observation prolongée, et les médecins devraient demander aux administrations sanitaires et aux services sociaux de faciliter la fidélité du malade toutes les fois au moins où celle-ci se manifeste. On ne doit pas imposer à un malade d'être fidèle, on a le devoir de le lui permettre. Mais on conçoit, lorsqu'il s'agit de sujets d'un certain âge atteints d'une pathologie multiple associée, combien cette fidélité est rendue difficile si l'organisation hospitalière est faite sur la base de services et pis encore d'hôpitaux spécialisés.

Je rappelle à ce propos les conclusions de M. MAGDELAINE dans son travail déjà cité. C'est ainsi que dans toutes les spécialités, on compte au moins 50 % de cas où le diagnostic de cette spécialité est associé à un autre diagnostic. Ainsi peut-on avancer que la répartition de nos malades de médecine générale dans des services de spécialités n'aurait été possible que pour une fraction d'entre eux. Les malades ne présentant qu'un diagnostic ressortissant de l'une ou l'autre des spécialités ne constituent que 59 % des cas, soit un peu plus de la moitié de notre clientèle. La répartition totale de tous les malades aurait abouti pour chaque spécialité à l'admission de maladies d'une autre spécialité pour au moins 50 % de malades ainsi transférés.

L'expérience de chacun de nous montre qu'on ne peut suivre un malade qu'en acceptant de lui rendre les services qu'il demande. On peut certes l'orienter de temps en temps chez un spécialiste, il accepte rarement le sort du furet de la ronde enfantine.

CONCLUSIONS

1) La structure de la morbidité de nos pays évolués est faite surtout d'affections chroniques.

2) L'analyse médicale psychologique et sociale ne permet pas de distinguer besoins des chroniques et besoins des aigus et ne justifie pas leur ségrégation.

3) L'intérêt scientifique du médecin d'aujourd'hui est l'observation de longue durée.

4) Nous pensons qu'ainsi rapprochées ces propositions doivent conduire à une formulation nouvelle de nos organisations hospitalières et sanitaires dont l'hôpital général disposant de la représentation de toutes les cellules spécialisées, et largement ouvert sur son secteur urbain et sur les praticiens qui y exercent, devrait être le centre.

5) Il nous semble que les besoins du malade, l'intérêt scientifique du médecin et le jugement équitable du gestionnaire devraient conduire à ce que chaque service comporte à côté de sa cellule d'urgence et de réanimation, de son service de malades couchés, de son service de malades ambulatoires, sa propre section intégrée de chroniques.

BIBLIOGRAPHIE

1. PÉQUIGNOT H. — Le problème des chroniques. *Sem. Hôp. Paris* (suppl. Informations), n° 2, 14 janvier 1965. *Bull. Acad. Nat. de Médecine,* 22.12.64, *148*, 733.

2. PÉQUIGNOT H. — Les malades chroniques et l'organisation des soins médicaux. *Bull. Acad. Méd.,* 16 mars 1965. *Sem. Hôp. Paris* (suppl. Informations), n° 13, 2 avril 1965.

3. PÉQUIGNOT H. — Les maladies chroniques. A paraître in *Ouest Médical.*

Vu, le Président de Thèse :

Professeur H. PÉQUIGNOT.

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. CORDIER.

Vu, et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :
J. ROCHE.

IMPRIMERIE DE CHAMPAGNE — LANGRES (HAUTE-MARNE)
N° d'ordre 0.263. — Mai 1965. — Dépôt légal 2e trimestre 1965.